

Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRECTOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Caixa Postal, 1574. S. Paulo (Brasil)

Assinatura Por 1 anno 30\$000. Por 2 annos 60\$000

Vol. XXXI

Junho de 1936

N. 6

Concepção moderna sobre gastrites (*)

Contribuição da gastroscopia. Secrecção interna
do estomago e sua relação com a pathologia
hematica. Gastropathias allergicas

Dr. Vasco Ferraz Costa

Chefe da Clinica de Doenças do Apparelho Digestivo e da Nutrição
da Policlínica de São Paulo.

Mereciam antigamente as gastrites, catarrhos gastricos como então eram chamados, grande importancia sendo ellas lembradas diariamente pelos medicos praticos mesmo por aquelles não especialistas de estomago, sendo relacionadas a ellas molestias como o typho (as chamadas febres gastricas), botulismo, etc. Estiveram durante muito tempo em voga, vindo depois um longo periodo em que foram quasi por completo esquecidas. Gastrites alcoolicas, gastrites agudas ou chronicas eram em geral designações genericas, pouco definidas, interpretadas de diferentes formas pelos medicos. O clinico geral tinha sobre ellas concepções que nem sempre coincidia com a do especialista em estomago; a concepção daquelle nem sempre era verdadeira. Com o apparecimento da gastroscopia, exequivel mesmo em doentes privados, sem o minimo perigo, fazendo soffrer pouco o paciente, o que se consegue com modernos aparelhos flexiveis, grande incremento vem novamente tomando o conceito de gastrites: podemos mesmo dizer que para o gastroenterologista o momento lhes pertence.

Trabalho apresentado á Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo em sessão de 16-5-1936.

Sua *antiga classificação* era assim feita:

a) *Catarrho agudo do estomago.*

- 1) Gastrite aguda
- 2) " infecciosa
- 3) " flegmonosa
- 4) " toxica
- 5) " parasitaria

b) *Catarrho chronico do estomago, sem sub-divisão.*

Knud-Faber em seu livro sobre as molestias do intestino e estomago adopta uma classificação das gastrites, que consideramos verdadeiramente notavel:

A) *Gastrites agudas.*

- 1-G. Irritativa aguda
- 2-G. Hematógena aguda
- 3-G. Flegmosa aguda

B) *Gastrites chronicas.*

- 1-G. Acida
- 2-G. Hypoquilica
- 3-G. Achilica

A-1 — A *gastrite irritativa aguda*, é o que geralmente se conhece com o nome de indigestão, de symptomatologia bem conhecida de todos, se caracteriza histologicamente por uma hyperemia e infiltração do tecido intersticial das paredes do estomago e physiologicamente pela hypersecção de mucco e de fermentos. Nos casos graves póde chegar a echimoses com até verdadeiras hemorragias e edema.

A-2 — *Gastrites hematógenas agudas* são consequentes ás intoxicações geraes, principalmente pelas observadas nas molestias infecciosas agudas e autointoxicações (uremia, iléo). São gastrites toxicas, podendo porem ás vezes serem observados germens na mucosa. Os estados nauseosos e intolerancias gastricas observados nas varias molestias infecciosas taes como pneumonia, sarampo, typho, infecções intestinaes, etc., são devidos a estados de irritação gastrica de origem hematógena, causada pela molestia infecciosa. O quadro histologico é o mesmo observado na G. irritativa aguda, podendo porem ás vezes chegar á produção de pequenas ulceras. Com o desaparecimento da causa, a cura da infecção ou desaparecimento da autointoxicação, desaparece a gastrite ou evolúe esta para uma forma chronica ou então perduram as pequenas ulceras.

A-3 — *Gastrites flegmonosas agudas* são aquellas onde existem uma inflamação aguda de caracter purulento localisada no tecido conjunctivo sub-mucoso. São suas causas as communs bacterias de suppuração, que escolhem como porta de entrada lesões preexistentes: sobretudo ulceras, mas tambem cancer, escoriações da mucosa causadas pela introdução de sondas; ou então são secundarias á processos purulentos situados na vesicula ou veia porta. Anatomicamente existe inflamação de todas as camadas do estomago. As regiões tomadas podem ser de varias extensões; estas se apresentam endurecidas, edemaciadas, com infiltrações purulentas, semeadas de pequenos pontos echimoticos e purulentos (pequenos abcessos). Quando o processo é localisado, ha a formação de um abcesso, dahi a divisão em *G. flegmonosa diffusa* e *G. flegmonosa circumscripta* ou *abcesso gastrico*.

B) *Gastrites chronicas.*

São duas as causas sob as quaes se póde dar o apparecimento das gastrites chronicas, assim como as agudas: 1) irritação directa da mucosa; 2) via hematogena. Ao primeiro grupo pertence principalmente o alcool. Ao segundo as molestias infecciosas agudas, principalmente as intestinaes taes como desynteria, typho, diarrhéas infecciosas. A tuberculose nos seus ultimos periodos é em 75 % dos casos acompanhada de gastrite chronica. As arthrites chronicas, molestias de Basedow, etc., são frequentemente acompanhadas da mesma affecção. Anatomopathologicamente se observa uma inflamação chronica da mucosa, principalmente do tecido intersticial e demais alterações epitheliaes quer das glandulas quer das camadas superficiaes. No tecido conjunctivo ha infiltração diffusa. Proliferação do tecido follicular que ás vezes attinge grãos consideraveis (*G. follicular*). O epithelio glandular no inicio não está muito alterado, porem com o progredir da affecção as cellulas secretoras se atrophiam, inicialmente em focos, os quaes aos poucos augmentam em extensão até ser tomada toda a superficie gastrica, permanecendo então apenas rudimentos de glandulas. Fala-se então em *atrophia gastrica completa* ou *anadenia*, termo este muito significativo e destinado a fazer carreira no vocabulario medico. Como variações das alterações que se podem observar na mucosa podemos ter a formação de kystos, proliferações da mucosa (epithelio secretor) com formação da denominada *gastrite poliposa*.

Physiologicamente a secrecção glandular póde soffrer as seguintes variações: conservar-se inalterada ou exaggerar-se: *gastrite acida*; secrecção diminuida ou variavel: *gastrite hypochilica*;

secreção abolida: *gastrite achilica*. Como friza muito bem K. Faber, não são 3 classes de gastrites, porém 3 periodos da mesma molestia. A achilia seria o periodo terminal, como tambem a manifestação mais importante da molestia.

B-1 — *Gastrite acida* constitue frequentemente o periodo inicial da gastrite dos alcoolicos. A secreção acida se faz normalmente ou está exaggerada.

B-2 — *Gastrite hypochilica* symptomatologicamente pouco se differencia dos demais periodos da molestia. Apenas pelo exame funccional ha diminuição accentuada das taxas de acido chloridrico.

B-3 — *Gastrite chronica achilica* é o periodo final da molestia. Caracteriza-se pela falta de secreção que é a consequencia natural das alterações mucosas. Acha porem K. Faber que não se devem tirar conclusões relativas a um exacto parallelismo que deva existir entre a atrophia glandular anatomicamente comprovavel e as anomalias da secreção. Naturalmente existe achilia na anadenia completa. O inverso nem sempre se verifica.

Portanto como se viu do periodo de gastrite acida se passa progressivamente para o de gastrite hypochilica e finalmente para o de achilia que é o periodo final da evolução da molestia. No inicio as alterações são mais funcçionaes do que propriamente organicas, e é ainda molestia passivel de uma regressão. Mais tarde, com as alterações progressivas, produz-se a degeneração e a atrophia das glandulas com a qual se dá a perda irreparavel da função das glandulas, a *anadenia*.

E' esta uma classificação clinica, perfeitamente clara, facil de se comprehender, que o raciocinio admite sem esforços. Admitte, resumindo a sua classificação, que todas as gastrites não passam de periodos de evolução de uma mesma molestia. A gastrite aguda seria o primeiro periodo: neste apenas haveria a irritação da mucosa. Na gastrite chronica, a mucosa chronicamente irritada, exaggera a sua secreção, torna-se exuberante, etc. No ultimo periodo, de gastrite atrophica, seria o periodo de cicatrização consequente a todo factor nocivo actuando sobre um tecido vivo durante um periodo longo. A sua classificação satisfaz plenamente a clinica. E' a classificação que deve ser usada pelos clinicos, principalmente se elle não tem á mão facilidades de meios diagnosticos. A sua comprehensão auxilia de forma extraordinaria a orientação da nossa therapeutica: nos mostra o momento indicado para a administração de alcalinos, de acidos, dos extractos e fermentos digestivos, de uma dieta excitante ou frenadora da secreção, etc.

Para os especialistas de estomago, com o apparecimento da gastroscopia, tornou-se a classificação de Knud-Faber insufficiente. Novas formas de gastrites foram descobertas, novos quadros endogastricos foram encontrados que precisavam ser encaixados no longo capitulo das gastrites: em se tratando de pathologia gastrica, excluindo as ulceras, tumores, perturbações funcçonaes, o que resta precisa ser classificado como gastrite. Já não satisfazia mais ao gastroscopista, como tambem ao gastroenterologista a primitiva divisão das gastrite em agudas, chronicas e atrophicas, segundo Knud-Faber.

Surgiram então novas tentativas de classificação. Dentre ellas destaca-se a de François Moutier em seu recente livro "Traité D'Endoscopie Gastric". E' um pouco complicada, mas intelligivel, menos adaptavel pelos clinicos geraes, e de linguagem mais apparatusa. Obedece, como a classificação de Knud-Faber, a um criterio mais ou menos tirado da anatomia pathologica. A classificação de Moutier encaixa em suas divisões a classificação de Knud-Faber.

CONCEITO MODERNO DAS GASTRITES. PAPEL DESEMPENHADO PELA GASTROSCOPIA. MOUTIER.

Podemos dizer que a maneira moderna de encarar as gastrites é devido á endoscopia gastrica e que com esta o capitulo de molestias do aparelho digestivo que mais se beneficiou e vem se beneficiando é o das gastrites. O progresso havido neste com o novo processo de exame é de 70 %. Tem especialmente se sobresahido neste estudo François Moutier, da escola franceza.

Ainda agora, em Agosto de 35, no Congresso Internacional de Gastroenterologia, realizado em Bruxellas, no qual uma das duas questões versava sobre o thema das "Gastrites", foi relator sobre a sua divisão, Moutier.

Segundo elle são as gastrites divididas em 3 categorias ou classes:

- 1 - Gastrites proliferativas
- 2 - " alterativas
- 3 - " atrophicas

1 — Gastrites proliferativas:

São aqui encaixadas todas as gastrites acompanhadas de uma hypersecreção ou de hypertrophia mucosa. Pertencem ainda

a este grupo as gastrites hypertrophicas, que gastroscopicamente podem ser generalisadas ou segmentarias, regulares ou irregulares, chegando ás vezes á formação de verdadeiras tumorações. As *gastrites hypertrophicas regulares ou verrucosas* apresentam varios grãos ou estadios: na forma mais leve se constata apenas um ligeiro granulado. Augmentando em intensidade o processo, apparece uma forma de media intensidade ou forma *verrucosa* que é mais accentuada nas dobras do antro. Se o processo é mais intenso e as formações moniliformes se agglomeram, tem-se um asepto quasi geometrico conhecido com o nome de "*estado mameloné*": as pregas da mucosa tornam-se então bosse-ladas, apertadas, nodosas, mais ou menos espessadas, os sulcos se tornam razos, cheios, isto devido a que a hypertrophia em lugar de accentuar as pregas, mais as apaga. São mais nitidas e communs no antro e parte média do estomago, sendo mais raras sobre a pequena curvatura. A's vezes o processo se accentúa, as dobras se accusam ainda mais, apresentam então um aspecto cerebroide, simulando uma polipose. Este aspecto pseudo poli-poide não é raro nas inflammções antraes. Nos grãos maximos, generalisados, as dobras hypertrophias tomam um aspecto embaciado, escuro, vermelho grenat. Quando se chega a este estado de irritação habitual ha associações com lesões, taes como fissuras da mucosa, erosões, hyperemia hemorrhagica, pontos echimoticos. Raramente a gastrite hypertrophica attinge um estado vegetante "*pseudo tumoral*", dando a impressão de cancer proliferante.

2 — Gastrites alterativas;

São agrupadas aqui formas de uma grande complexidade desde o edema até a ulceração gangrenosa.

a — *G. edematosa*: São formas geralmente associadas ás gastrites hypertrophicas, chegando porem ás vezes, devido á intensidade do processo, a uma individualisação do quadro. O aspecto é edematoso, quasi phlegmonoso, em areas mais ou menos extensas, interessando ás vezes uma região gastrica inteira. As dobras apresentam um aspecto succulento, ás vezes pallido, contrastando sempre muito com as zonas visinhas sãs; ausencia de depositos em sua superficie.

b — *G. hemorrhagica*: Aqui ha todas as gammas entre o estado congestivo simples e as lesões hemorrhagicas. As dobras se tornam grossas, turgentes, muito coradas, são recobertas por depositos pultaceos semelhantes aos que se observam nas amygdalas. Apresentam grande fragilidade sangrando com grande facilidade á passagem do aparelho, como se observa em certas

formas de rectites. A's vezes se observam hemorragias punctiformes, que são rodeadas de uma zona de edema mais clara.

c — *G. ulcerosas*: Aqui tambem existe uma extensa variedade de nuances: as *G. erosivas* onde as perdas de substancia são minimas, sob forma de pequenas erosões punctiformes ou lineares ("estado craquelê"). As *G. ulcerosas propriamente ditas* apresentam um quadro bem individualizado objectivamente, porém bastante raro.

d — As *G. ulcero-membranasas ou aphtoides*, são placas em pequeno ou grande numero, com aspecto das communs aphtas buccaes com as quaes póde coincidir. Ha tambem ulcerações hemorrhagicas verdadeiras com o fundo vermelho e sangrando mais irregulares e mais rasas que as ulceras simples. São estas as denominadas ulcerações planas, bem diferenciaveis da ulcera simples de Cruvelhier, onde a *muscularis mucosae* é perfurada de inicio e por ser arrodeada por uma mucosa pouco inflamada. As ulcerações necroticas são observadas sob forma de pequenas ulcerações esverdeadas, escaras, perdas de substancia, etc.

Gastropathias allergicas

Neste grupo pódem ser encaixados as denominadas "*gastrides*" que são as manifestações pelo lado da mucosa gastrica, dos allergenos. São manifestações analogas ás observadas pelo lado da pelle e como este, permanentes ou transitorias. Manifestam-se por edemas, congestão, exsudações, e mesmo por erosões.

Paviot e R. Chevalier, (*Gastropathies allergiques* — *Journal de Médecine de Lyon*, n.º 385 (20-1-36) assim se referem a este novo e interessante aspecto da pathologia gastrica: "Trata-se de phenomenos gastricos sobrevindo em individuos sensibilizados para um determinado antigeno que via de regra desencadeia ao lado dos symptomas gastricos outras manifestações da allergia. O exame radiologico, durante o paraxysmo, mostra imagens ás vezes typicas, ás vezes variaveis e fugazes, simulando as mais graves lesões organicas. A gastroscopia mostra lesões edematosas, hemorrhagicas ou erosões da mucosa gastrica variaveis e fugazes".

Foi a gastroscopia que maior contribuição trouxe para o esclarecimento do assumpto.

As manifestações gastricas da allergia são assim systematisadas:

- | | | |
|------|----------------------|----------------------|
| 1.º) | Syndromes allergicos | pseudo ulcerosos. |
| 2.º) | " | " hemorrhagicos. |
| 3.º) | " | " pseudo-cancerosos. |

São quadros relacionados geralmente com signaes de allergia, para o lado da pelle, entero-colite, etc. Ou periodicos, relacionados com as estações do anno.

Os signaes radiologicos seriam os seguintes:

- 1) Espasmos pyloricos fugazes com retardo mais ou menos grande do esvaziamento.
- 2) Falta de enchimento do antro.
- 3) Aspecto esponjoso e com erosões da pequena curvatura, extensos ou localisados.
- 4) Aspectos lacunares fugazes, generalisados ou limitados.
- 5) Diverticulos, nichos e encoches fugazes.

Endoscopicamente foram constatados edemas fugazes da mucosa de preferencia da região antropylorica e pequena curvatura. Póde ás vezes mostrar o antro pequenas lesões punctiformes comparadas por Schindler a picadas de pulga, com, uma ou outra vez, hemorrhagia.

Os auctores como conclusão do capitulo dedicado á gastroscopia assim terminam: falam fortemente a favor do conceito pathogenico em questão: 1.º) O edema de character essencialmente instavel e fugaz comparavel ao apparecimento e desaparecimento de phenomenos cutaneo-mucosos taes como, urticaria, edema de Quincke, etc. 2.º) A evolução dos edemas fugazes se superpondo muito exactamente ás crises gastricas pseudo-ulcerosas ou estenosante. 3.º) A evolução das lesões apresentando estreitas relações de coincidencia com as diversas manifestações clinicas da allergia. 4.º) A evolução do edema fugaz se superpondo ás vezes, muito exactamente, á da imagem radiologica pseudo-lesional raras na verdade, de allergia digestiva.

3 — Gastrites atrophicas

São palavras de Moutier: “a involução da mucosa gastrica é um processo que nada tem de excepcional. Se ella não é correntemente observada é porque a gastrite atrophica não é no mais das vezes uma molestia de expressão clinicamente gastrica. Poderia resumir-se nesta formula paradoxal: “a gastrite atrophica não é uma molestia do estomago”. Com effeito, ella é encontrada em certas formas de anemias, em certas insufficiencias endocrinas, em certos estados morbidos da pelle, etc. O mais frequentemente não se observa nella um syndrome dispeptico nem actual nem anterior”. Pensa Moutier que não seja essa forma de gastrite o estadio final da evolução das gastrites anteriormente descriptas, porem já apparecendo como quadros primitivos.

As *G. atrophicæ* podem ser divididas em *diffusæ* e em *areas*. As *diffusæ* podem ser *totaes* ou *segmentadas*: attingir o conjunto do corpo gastrico ou se limitar ao *fundus* ou ao antro. São 3 os grãos da atrophia gastrica: aplanamento da mucosa, apagamento das dobras e vesibilidade da rêde vascular. As *G. atrophicæ* em *areas* são muito *communis*, e observaveis principalmente nas anemias perniciosas, em casos de pruridos, etc. Apresentam-se como *areas atrophicæ*, cinzenta esverdeadas ou azuladas, opacas, nacaradas; em seu fundo é visivel a rêde vascular. Existe contraste com a zona que as circundam, mas esta mucosa também não é totalmente sã. Esta gastrite é passivel de cura pela administração de ferro.

Um outro modo clinico de dividir as gastrites é baseado na concentração do succo gastrico, volume do conteúdo gastrico em um determinado momento e concentração do mesmo conteúdo. Segundo este criterio são as *G.* divididas em *G. hyperpepticas*, *hypoepeticas* e *apepticas*. Esta ultima pertence a classe das *G. latentes*. A distincção entre as outras duas classes é facil de ser feita.

Relativamente á concentração do conteúdo gastrico é preciso considerar a questão das *G. medicamentosas* e a conveniencia para serem ellas evitadas, os medicamentos serem administrados em um determinado ponto cryoscopico que ficou estabelecido experimentalmente que seja visinho de 0,38. As soluções com tal concentração permanecem um tempo minimo no estomago e irritam portanto menos a mucosa.

SECRECÇÃO INTERNA DO ESTOMAGO

Intimamente relacionado com o problema das gastrites está o da secrecção gastrica. Aqui não entraremos em descrições de assumptos já conhecidos de todos, como seja o da secrecção externa, porem faremos algumas considerações a respeito da secrecção interna do estomago, conceito moderno, ainda não conhecido de muitos, assumpto muito suggestivo e interessante, que explica a correlação existente entre numerosos quadros clinicos que até agora eram conhecidos porem não explicados. Referim-nos á relação entre a secrecção gastrica e quadros sanguineos e nervosos, cousa já conhecida porem até o momento não explicada de maneira convincente.

O ponto de partida de taes estudos foi o da syndrome de Lichtheim, syndrome glosso-gastro-neuro-anemico. E' este constituido quando completamente desenvolvido dos seguintes elementos: 1 — Perturbações digestivas glosso-gastricas e intesti-

naes; 2 — Perturbações sanguíneas anêmicas; 3 — Perturbações nervosas medulares. Existem formas incompletas, caracterizadas pela associação, ora da anemia com a glosso-gastrite, ora desta com as perturbações nervosas, etc. Para a explicação de toda esta symptomatologia, é que entra em jogo a secreção interna da mucosa gastrica (*Hormonio de Castle*). A mucosa pylorica secreta um hormonio anti-anemico que impediria o sangue de alterar os seus globulos vermelhos. A falta deste hormonio provocaria uma anemia pela diminuição dos processos de defeza dos órgãos hematopoiéticos. Contrariamente, uma hypersecreção do mesmo hormonio, causaria o quadro contrario ao da anemia, isto é, a poliglobulia ou erythremia, cousa que já tem sido verificada a relação destas com uma hyperfunção da secreção externa do estomago.

Correriam paralelamente as duas secreções: teriamos assim: 1) estado de agastia ou hypogastia com achilia e insufficiencia hormonal, e 2) um estado de hypergastia com hyperchloridria e hypersecreção hormonal. Não sendo porem obrigatorio esse parallelismo, poderiamos mesmo ter quadros clinicos oppostos. No quadro sanguineo se reflecteria sob as formas de anemia e erythremia. Seria portanto o estomago uma glandula mixta: a função externa destinada a regular a digestão e a função interna destinada a regular a hematopoiése. Poderiamos, como nas demais glandulas exo-endocrinas, ter uma dissociação das funções. Seria responsavel pela secreção interna a região pylorica, sendo que a região que secreta o acido chloridrico é o *fundus*. Apparece ahi o grande papel que adquirem as gastrites atrophicas não mais apenas como molestia de symptomatologia local digestiva porem com symptomatologia muito mais ampla, abrangendo o systema nervoso e o aparelho hematopoiético. Dahi decorrendo a modificação na therapeutica classica das gastrite chronicas: o emprego do ferro em altas doses, arsenico, extractos de figados, etc., em um grande numero de gastrites, medicamentos esses que até então só eram empregados no tratamento das anemias. E inversamente, o emprego nas anemias de medicamentos até então só empregados nas gastrites: extractos de mucosa gastrica, acido chloridrico, etc. Dessas considerações Guillaume faz a divisão das gastrites em *anemiantes* e *hyperémiantes*. Ou então adoptando uma classificação como para os bocios distingui-as em: 1 — formas simples, sem repercusão sobre o estado geral; 2 — formas acompanhadas de perturbações sanguíneas e nervosas; 3 — formas dissociadas nas quaes ha perturbação em sentido inverso da secreção interna e externa. A primeira dessas 3 divisões não poderia soffrer subdivisões, ao que os grupos 2 e 3 poderiam ser subdivididos em anemiantes e hyperemiantes.

4 — Gastrites mixtas

Em grande numero de doentes existem associadas mais de uma das formas mencionadas: ás formas edematosas e congestivas se associam as variedades de erosões, ou ás gastrites mamelonée se associam lesões aphtoides ou ainda associações mais complexas.

5 — Gastrites segmentares

Os typos mais communs são a *G. erythemo-pultaceo* da pequena curvatura, ou como é conhecida, *forma morbiliforme*. *Gastrite atrophica do corpo do estomago*. *Gastrite mamelonée do antro*. Nas boccas anastomoticas são communs as congestões, edemas, suffusões hemorrhagicas, erosões diversas chegando a verdadeiras ulceras.

Considera um grande numero de notoriedades francezas a gastrite atrophica, como sendo entidade muitissima disseminada na pathologia humana, apresentando sempre um quadro mais extra gastrico do que de gastrite propriamente, pois é grande o numero dellas que não são acompanhadas de molestias gastricas. Aham-se principalmente associadas ás anemias. Assim é conhecida a associação da anemia perniciosa e chloroses com a achilia gastrica que não revela outra cousa que uma gastrite atrophica. Este conceito está tão espalhado entre os especialistas de sangue que nunca se fala em anemia de Biemer sem se referir as achilia concomittante. A gastroscopia confirmou em todos esses casos a existencia da gastrite atrophica. Do conceito endoscopico de atrophica gastrica é que surgiu tambem o conhecimento das denominadas metanemias ou anemias sem anemia.

O diagnostico da modalidade da gastrite pertence á gastroscopia: os demais processos de exame nunca poderão dar um diagnostico de forma: em cada um dos diagnosticos que elles podem fornecer, encaixam-se grande numero de formas de gastrites pela endoscopia. Por exemplo, pela historia clinica, exame de succo gastrico, exame do doente, exame radiologico, etc., chegamos ao diagnostico de gastrite chronica. Pois bem, com a gastroscopia precisaremos mais o diagnostico; dentro daquelle diagnostico generico (para a gastroscopia) podem-se encaixar outros: *G. hypertrophica*, gastrite poliposa, gastrite hemorrhagica, gastrite mamelonée, gastrite edematosa, etc., para não citar apenas uma parte das formas que podem ser elucidadas pela endoscopia. Os scepticos da gastroscopia dirão que embora com a especificação maior de diagnostico que a gastroscopia nos der, não nos adiantará para a orientação da therapeutica. Este raciocinio estaria duplamente errado. Seria a

mesma cousa se nos contentassemos só com o diagnostico generico de syphilis ou tuberculose sem especificação da forma; são numerosos os recursos therapeuticos que se podem lançar mão nesses casos. Nem um thisiologista ou syphiligrapho se contentaria com elle para orientação da therapeutica. Quasi todos os meios therapeuticos usados em syphilis ou tuberculose seriam empregaveis em todas as suas formas. A pratica mostra porem que dentre todos os medicamentos que agem beneficemente sobre aquelles processos existem predilecções delles para determinadas formas. Em gastroenterologia dá-se actualmente a mesma cousa. Todo o especialista bem orientado precisa lançar mão de todos os recursos propedeuticos para precisar a forma da molestia que tem em sua frente. Dentre estes processos não podem mais desprezar a gastroscopia, como o fizeram até hoje. Ella era considerada perigosa e por tal motivo relegada. Chegou o momento em que não poderão desprezar o seu auxilio sem que soffra com isto o seu doente. Sabido é que com o prolongar o processo gastritico, com o seu chronificar-se, tanto maiores se tornarão as difficuldades para a sua cura. Os processos chronicos já não são passiveis de uma cura, mas só de uma corrigenda diethetica e medicamentosa, que apenas em parte satisfaz. Tambem é conhecido o evoluir da gastrite para a ulcera e a passagem desta para o cancer, ou o evoluir para a achilia terreno onde 90 % dos cancers se desenvolvem: etapas differentes portanto do mesmo processo gastrico pathologico. O diagnostico precoce da gastrite, a sua forma, a evolução da cura e o termo desta só podem ser dados pela gastroscopia; todos os demais processos são insufficientes e rudimentares para o seu diagnostico. Não dispensam-se porem para a orientação da diethetica, o exame do succo gastrico, ou a prova funcncional da mucosa gastrica.

Estando ha já perto de 10 mezes praticando a gastroscopia como meio de exame, em nossa secção de "Doenças do Apparelho Digestivo e Nutrição da Policlinica de S. Paulo", tendo já praticados grande numero de gastroscopias, nos achamos com autoridade para fazermos considerações a respeito de materia tão controversa. Como mostrei em uma communicação que levei á Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo ha ainda pouco, a gastroscopia pelos gastroscopios modernos flexiveis (de Wolf-Schlinger, é a marca do nosso), é completamente destituida de perigos. Pelo preparo que se submete o doente por meio da anes-thesia do pharynge torna-se a introduccão do apparelho perfeitamente exequivel em todo individuo de boa vontade. Com as nossas gastroscopias nunca tivemos accidentes pessoases.

O valor do methodo para o diagnostico da affecção que ora nos, prova a estatistica por nós feita, retirada dos exames gastroscopicos. Acompanhamos na medida do possivel o nosso

diagnostico com o Raio X e o exame do succo gastrico (na maioria curas fraccionadas de secrecção gastrica, usando como excitante quasi sempre a cafeina). Note-se que todas as vezes que controlamos o nosso exame pelo Raio X muitas vezes elle falhou: 6 casos em que elle diagnosticou gastrite de uma ou outra forma só em 2 houve a confirmação endoscopica; 23 outros em que foi feito aquelle exame nada tendo elle revelado a endoscopia accusou a presença de gastrites varias. No numero destas, contavamos formas que os radiologistas consideram como sendo facilmente diagnosticaveis. Em nosso trabalho intitulado "Resultados obtidos com a gastroscopia em S. Paulo", apresentado á Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo em secção de 16 de Setembro de 35, publicado no numero de Agosto-Setembro de 1935 do Boletim da mesma Sociedade, na estatística das gastrites estavam ellas assim repartidas em um total de 21 por nós examinadas:

Gastrite hemorrhagica	1
" poliposa	1
" hypertrophica	3
" atrophica em placas	2
" " diffusa	12
" mamelonée	2

Endereço: Rua Quintino Bocayuva, 54.

CHLORO-ANEMIA

APPROVAÇÃO da ACADEMIA de MEDICINA
de PARIS

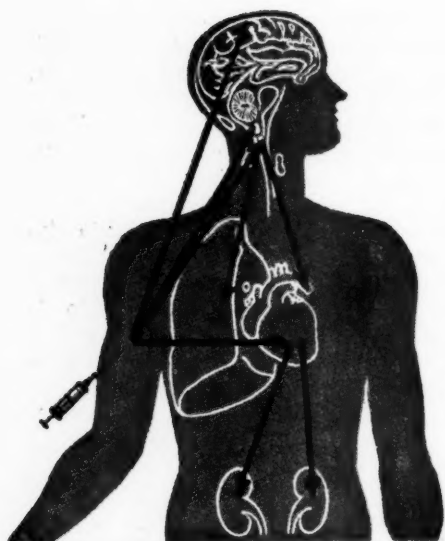
Exigir os Verdadeiros

Pilulas e Xarope

BLANCARD

Blancard de PARIS
Assignatura e Etiqueta verde.

POBREZA DO SANGUE - ESCROFULAS



CORAMINA

"CIBA"

Estimulante
respiratorio
e circulatorio
hydrosolúvel
poderoso

Administravel pelas vias

interna, subcutanea
intravenosa

Empolas • Gotas

PRODUCTOS CHIMICOS CIBA LTDA.

RIO DE JANEIRO
Caixa Postal 3437

SÃO PAULO
Caixa Postal 3678

Aneurismas de origem reumatismal

Dr. Plinio de Lima

Adjunto de Clínica do Serviço do Dr. Eduardo Monteiro,
na Policlínica de S. Paulo.

SUMÁRIO:

- a) Preliminares;
- b) Etiologia dos aneurismas;
- c) Considerações sobre a patogenia dos aneurismas;
- d) Aneurismas reumatismais;
- e) Histórico;
- f) Histo-patologia das arterites reumatismais;
- g) Observações nacionais;
- h) Conclusões.

PRELIMINARES

Na atualidade, já a ninguém é dado ignorar o papel relevantíssimo que na formação e desenvolvimento dos aneurismas desempenham as infecções de caráter grave, tais e tantas são as observações coligidas e acumuladas, desde épocas relativamente remotas, nos anais da ciência médica. Com efeito, já é matéria fartamente documentada que uma infecção dessa natureza pode comprometer ou alterar profundamente, neste ou naquele ponto da vasta rede arterial, a parede de um vaso, e tanto basta para que nesse ponto assim predisposto se dê logo o aparecimento dum aneurisma.

E' hoje também considerado, nos domínios da clínica médica, conhecimento positivamente adquirido, porque solidamente alicerçado na observação e na experiência, o fato já agora incontestável de representar a lues, na gênese ordinária dessas excrescências vasculares, o elemento verdadeiramente primordial. Mais do que simples palavras, provam essa nossa asserção as numerosas estatísticas levadas a efeito por vários autores, que sobre a questão se têm pronunciado. Em todas as casuísticas, com

efeito, a infecção hunteriana prima sempre numa porcentagem elevadíssima, como fator etiológico. E tão patente se torna afinal essa relação de causa e efeito que, na eventualidade dum caso de tumor aneurismático da aorta torácica ou abdominal, ou mesmo de qualquer outro segmento da arvore arterial, ao espirito do investigador acóde, logo, a possibilidade ou a quasi certeza de se achar diante duma das muitas e frequentes consequências das infecção luética.

Si é verdade, porem, que na grande maioria dos casos essa orientação é rigorosamente verdadeira, como o atestam as estatísticas mais modernas, como a de Rasch, por exemplo, que ôrça em 92 % a proporção de sífilis em relação aos aneurismas; si é verdade, ainda, que os notaveis trabalhos de Eppinger, Thoma e Welch põem em destaque o impressionante papel etiológico da infecção em aprêço, na produção da mesarteríte, base indispensavel para a evolução do fenomeno; si é verdade, por outro lado, que á memoria do clinico deve ocorrer sempre a lição magistral e altamente expressiva de Lamb, quando adverte que "todo o aneurisma deve ser considerado como sífilítico, até prova em contrario"; não menos certo é tambem que, embora muito raramente, se nós deparam quadros tipicamente característicos de aneurisma, seja da crôssa da aorta, seja duma artéria periférica, nos quais a pesquisa sistemática do elemento etiológico revela tão somente surtos de reumatismo poliarticular, de forma aguda e febril. E, nêsses casos sumamente particulares, que aliás como exceção confirmam a regra, nenhum vestigio realmente se consegue apurar de provavel infecção sífilítica. Como é obvio, igualmente negativas resultam aí todas as reações sorológicas, a cuja palavra nunca deixa de pedir orientação o clinico prudente e experimentado.

Assim, não se perca de vista a nossa tése inicial, e reafirme-se mais uma vez, que, na quasi totalidade dos casos de aneurismas, é a sífilis que lhes favorece a eclosão e que neles age como fator principal.

Mas, antes de prosseguirmos, cumpre a bem da verdade não nos passe aqui sem reparo, que somente a molestia de Bouillaud pode, por exceção, como atraz já deixámos assinalado, alterar a contextura vascular e assim propiciar o consequente aparecimento de um aneurisma. Ao lado desse agente, outros existem ainda, que são capazes de acometer por igual forma as paredes arteriais e nelas ocasionar o mesmo desfecho irreparavel, consoante os vários exemplos que é facil colher na bibliografia médica. Ainda que de fugida, vejamol-os por ordem, omitindo, todavia, o fator sífilis, a respeito do qual muito já se tem dito nêstes ultimos decenios.

ETIOLOGIA DOS ANEURISMAS

Paludismo. — Meado o ano de 1862, estudando inúmeros casos de doentes acometidos de infecção palustre, Lance-reux e Huchar teriam entrevisto, uma vez ou outra, sinais de comprometimento da aorta torácica, traduzidos por um processo de aortíte, num ou noutro paciente, de tal sorte que, se as lesões do referido vaso fossem realmente intensas e circunscritas a uma pequena area da parede vascular, nesse ponto verificar-se-ia a insurgência dum aneurisma.

Atenda-se a que, de conformidade com as suas importantes conclusões, os vestígios da inflamação da magma artéria verificar-se-iam num periodo relativamente tardio da evolução da entidade infecciosa em apreço. Se-bem-que a observação do aneurisma malárico constituísse, por assim dizer, um achado clínico, alguns tratadistas teriam acusado e confirmado o mesmo fáto em epocas mais recentes, negando, todavia, outros pesquisadores a existencia real do fenómeno. Entre estes ultimos, podem ser citados, além de outros, o grande Laveran, Fayrer, Le Roy de Mericourt, o illustre anatomo-patologista Kauffmann, e, por ultimo, o Prof. Boinet, o qual, repassando a questão em fóco, sustenta que “si em alguns de seus casos, a malária era o unico fator etiológico anotado, as mais das vezes, entretanto, ela estava associada á sífilis, ao alcoolismo, etc.”

De tudo que acabámos de comentar, se conclue pela impossibilidade de se afirmar com segurança a capacidade da infecção malárica de lesar ou alterar as paredes dos vasos arteriais, concorrendo, assim, para o aparecimento do tumor vascular. Nessa conformidade, somente estudos modernos e inconcussos viriam solucionar a questão em litigio.

Tuberculose. — Citam-se, como causa de aneurisma da aorta, as lesões tuberculósas propagadas dum fóco caseoso, situado no parênquima pulmonar do lado direito (Jacoud). Kamen e Witte, em 1908, teriam descrito a observação dum caso de aneurisma do arco aórtico em um individuo adulto, provocado pelo contacto dum ganglio caseoso, situado na parte posterior do mediastino.

A maioria dos aneurismas tuberculósos, entretanto, têm como séde mais frequente a intimidade das cavernas pulmonares, constituindo, geralmente, os assim chamados “aneurismas por erosão”. Em tempo e lugar oportunos veremos a maneira pela qual se realisa a formação e desenvolvimento desses tumores vasculares, no seio da viscera pulmonar.

Actinomicose. — A infecção actinomicótica pode provocar, como se observa para o lado da tuberculose, o desencadeamento de verdadeiros aneurismas. Embora sejam de verificação raríssima, encontram-se, todavia, alguns casos relatados na bibliografia científica.

Arterioesclerose. — Consoante os estudos interessantíssimos de Kauffmann e Klotz, a importância etiológica da arterioesclerose na gênese dos aneurismas, das pequenas e minúsculas artérias, é realmente superior á da infecção luética. Com efeito, de conformidade com Klotz e sua escola, os aneurismas miliares, encontrados em um terço dos individuos acima de 50 anos, para o lado das artérias basillares do cerebro, apresentam, sem duvida, a etiologia arterioesclerótica.

Igualmente as artérias de médio calibre e a propria aorta torácica podem ser o sitio de aneurismas arterioescleróticos, segundo a opinião abalisada e sempre idonea de Kauffmann.

Do mesmo modo, a febre tifoide, a escarlatina, o sarampo, a variola, a influenza, a blenorragia, a difteria e os germens piogênicos, são outros tantos fatores igualmente capazes de engendrar a arterite, a qual, por sua evolução posterior, pode ser causa de aneurismas.

De acordo com a estatística memorável de Ettienne, em 50 casos de aneurismas, reunidos no decorrer de alguns anos, 5 vezes a febre tifoide foi evidenciada nos antecedentes; 2 vezes a variola; 1 vez a escarlatina e a erisipela. Expressiva tambem é a casuística de S. Bull: sobre 89 casos de aneurisma aórtico, o reumatismo articular agudo foi verificado 11 vezes nos antecedentes mórbidos; 6 vezes a erisipela; 1 vez a febre tifoide e 3 vezes a influenza.

Traumatismos. — As diferentes formas de traumatismo, constituem elemento importantissimo sob o ponto de vista da formação dos aneurismas.

Estudos publicados por grande numero de autores, desde o ano de 1898 até os nossos dias, focalizam, com efeito, o interesse que apresentam os "aneurismas traumaticos da aorta", não só como fator etiológico verdadeiramente eficiente, como tambem sob o ponto de vista médico-legal. Com efeito, debaixo deste ultimo prisma, o aneurisma traumatico da aorta pode ser classificado, sem favor, entre as causas catalogadas como susceptíveis de realizar, determinando lesões irreparaveis, a incapacidade física permanente. Convem advertir, entretanto, que, si em um grande numero de casos, o trauma constitue o elemento fundamental da ectasia aórtica, em outras oportunidades, todavia, ele representa tão somente o fator ocasional. Como exemplo fri-

sante e indiscutível deste ultimo caso, está o fato dum traumatismo lesar ou alterar profundamente um vaso ateromatoso ou arterioesclerótico dum individuo já avançado em idade. Muitas vezes, como acontece na hipótese da existencia prévia dum aneurisma; o trauma accidental pode agravar as condições patológicas do tumor. O mesmo elemento etiológico, por outro lado, é susceptível de determinar a ruptura da túnica interna e das camadas elasticas da magna artéria, — esforço violento, fazendo aumentar bruscamente a pressão arterial —, sobretudo si aí já se notava uma lesão prévia, embora ligeira, das paredes constitutivas do vaso.

A literatura médica estrangeira conta numerosissimas observações, que ilustram suficientemente os nossos comentarios anteriores. Assim, são dignas de registro, ainda que de passagem, os três casos de aneurismas traumaticos, descritos por Potain, desenvolvidos na cróssa da aorta, todos ees, consequentes a quedas violentas; o de Breton, em 1891, em que um individuo, jovem de 19 anos de idade, sofrendo um coice de um animal na região precordial, teve em consequencia um tumor aneurismático no caxado aórtico; a observação descrita por Marone, em 1897, — aneurisma traumático da aorta descendente, — em seguida a contusões violentas, levadas a efeito sob o torax; as lacerações e aneurismas traumaticos da aorta descritas por Busse, em 1906; etc. etc. Passemos a considerar a

Ação de substâncias químicas. — A observação experimental demonstra que a injeção endovenosa, praticada sistematicamente, no coelho, e na proporção de 0,1 a 0,3 miligramas da solução commercial de adrenalina a 1/1000 determina, como evidenciou Josué, focos necróticos das paredes vasculares, mormente na mesartéria. Essas lesões, com a evolução do processo, terminam na formação de aneurismas, seja da aorta, seja dos grandes troncos vasculares do animal em apreço.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A PATOGENIA DOS ANEURISMAS

A formação dum aneurisma em qualquer ponto da arvore arterial, mormente nas grandes artérias, é precedida sempre, como bem se poderá compreender, de uma serie variavel de lesões anatomo-patológicas da parede vascular. Atenda-se a que, sendo diversos e diferentes os fatores etiológicos do tumor arterial, como salientámos no capitulo precedente, igualmente diversas são essas alterações patológicas, tudo dependendo, em ultima análise, da ação do respetivo elemento causal.

Em uma ligeira sumula, tentaremos comprovar essas nossas afirmativas, mostrando a maneira pela qual se fazem essas lesões histológicas da textura vascular, relacionando-as, tanto quanto possível, com os respectivos fatores já discriminados.

Vejamos, primeiramente, o modo de agir das moléstias infecciosas agudas, tomando para exemplo os germens piogênicos. Estes ultimos, podem alcançar a luz arterial, directamente, quando provenientes dum foco de endocardite aguda ulcerosa, situado no coração esquerdo. Desta região anatomica, e por via da corrente circulatoria, estes agentes infecciosos alcançam e aí se localizam, na parede mesma do vaso, determinando, quasi sempre, um processo de arterite do tipo ulcerativo agudo, de caracter supurativo, processo esse que, da parte mais profunda da intima, alcança, por evolução progressiva, as partes mais externas. Por outro lado, fragmentos de trombos, originados dum foco de endocardite, tambem com séde no coração esquerdo, podem, sob a forma de embolos não infectados, localizarem-se em determinada area da parede duma artéria, veiculados pelo sangue, especialmente nos pontos de bifurcação da mesenterica superior, artérias da base do cerebro, aorta toracica, femural, etc. etc. Em qualquer dessas regiões, a parada do corpo estranho ocasiona, "in loco", ulceras na profundeza da intima, as quais, por sua ulterior evolução, ganham as camadas superiores.

A solução de continuidade da parede vascular, nesses casos, dar-se-ia, ou pela penetração do embolo, duro e até calcificado, através da intima, lesando-a mais ou menos intensamente, ou, então, comprimindo uma certa porção da mesma túnica, e provocando assim fenómenos de natureza necrótica. Numa e noutra hipótese, observa-se uma destruição maior ou menor da estrutura histológica do respectivo vaso.

Na eventualidade de processos septicemicos agudos, pode acontecer que um numero variavel de germens atinja e se localize em determinada área da superficie interna duma artéria, surgindo então, em virtude da ação maléfica desses elementos, uma ulcera, de caracter nitidamente agudo. Nesta ultima condição, as lesões anatomicas se caracterizam por alterações do tipo erosivo.

Tuberculose. — A tuberculose determina alterações vasais, tambem do tipo erosivo, as quais, dos tecidos que circundam os vasos, alcançam a sua tunica mais externa, corroendo-a intensamente, de fora para dentro. As artérias situadas na espessura mesma do tecido pulmonar, são as que mais frequentemente sofrem a ação desses focos tuberculosos. Afóra esses, tambem outros vasos, de maior calibre, como é o caso da aorta torácica, podem ser comprometidos. Isso se verifica, nos casos em que se

observam ganglios caseosos em contacto com a tunica vasal, ou, então, na hipótese dum processo tuberculoso situado num corpo vertebral.

Na *actinomicose*, as alterações vasculares se fazem do mesmo modo.

Em outras molestias infecciosas, tais como, por exemplo, *variola*, *difteria*, o *impaludismo*, a *escarlatina*, e *blenorragia*, etc., as lesões da arquitetura vascular não foram suficientemente comprovadas, faltando estudos inconcussos a respeito.

Na *arterioesclerose*, o acometimento dos vasos se inicia na camada íntima, consistindo em fenómenos degenerativos, mormente do tipo degenerativo gorduroso. Nos vasos de calibre mais avantajado, as lesões regressivas caminham de dentro para fora, destróem a lâmina elastica interna, e ganham, progressivamente, as diferentes partes da média, desfazendo as estruturas que lhe são proprias.

Nas artérias de menor tamanho, caracteristicamente do tipo muscular, a localização do processo pode ser aí inicial, e, preferentemente, na camada média. Resultam alterações necróticas das fibras musculares, acompanhadas de fenómenos de calcificação.

Substancias quimicas. — Lembraremos, aqui, tão somente as lesões determinadas pela ação da adrenalina, verificadas na experimentação animal. Essas modificações histológicas, notadamente para o lado dos vasos de tipo muscular (artérias), consistem em focos de necroses, disseminados na camada média, com destruição das celulas musculares. Nessas zonas, assim, profundamente alteradas, se depositam quasi sempre quantidades apreciaveis de sais de calcio.

Traumatismos. — Os traumatismos, de uma maneira geral, quer sejam de origem interna, quer de origem externa, diréto ou indiréto, provocam tambem mortificações mais ou menos acentuadas da arquitetura vascular, alterações essas, que podem ter como séde qualquer uma das diferentes túnicas vasais. Como facilmente se poderá inferir, as lesões das camadas média e interna são as que, com maior probabilidade, podem ser causa eficiente da formação de aneurismas.

*
* *
*

Em resumo, duas são as condições consideradas realmente como imprescindiveis, para a gênese e formação dos aneurismas: 1.º) A destruição, mais ou menos intensa, em zonas ou em focos, das estruturas vasculares; 2.º) A neoprodução dum tecido con-

tivo, que, substituindo essas porções mortificadas, vem reparar as alterações teciduais.

A fisiologia experimental nós ensina que o tonus natural da parede vascular (artérias) é mantido, em face das variações da pressão sanguínea, á custa, principalmente, das propriedades inerentes á camada média dos vasos. Nesas circunstâncias, alterações morbidas, sobrevindas nesse revestimento arterial, concorrem enormemente para o desencadeamento acidental da excrescência aneurismática.

Convem advertir, agora, que o tecido conetivo de reparação, por nós mencionado anteriormente, tem por fim reforçar os pontos debilitados em virtude da destruição tecidual, impedindo, dessa maneira, uma possível rutura da parede constitutiva das artérias. Entretanto, sendo a neoformação de carater distensível, e destituída de propriedade de contração e de elasticidade, o desenvolvimento dum aneurisma, nessas porções reforçadas, só se fará, lentamente diante do martelar incessante das ondas sanguíneas. Repare-se, todavia, que, quanto menor for a quantidade de tecido conjuntivo originado nas porções destruídas, tanto mais rapidamente crescerá o tumor, em vista da insuficiência ou da relativa fraqueza dos pontos protegidos. Escasseando, nas arterites, o tempo necessario para a formação do tecido fibroso reparador, em face da rapidez dos processos destrutivos, dar-se-á a rutura dramática da parede do vaso, sobrevivendo, em consequencia, uma hemorragia maior ou menor, antes mesmo que se origine o tumor aneurismático.

Convem assinalar, ainda, que, além da proliferação conjuntiva de reparação para as lesões inflamatórias agudas, existe, tambem, uma proliferação conjuntiva vicariante, de simples defesa. Esta ultima se processa mormente na íntima e na adventícia, correspondendo a uma tentativa de proteção, imperfeita, porem fisiológica, ás alterações estruturais mais nobres.



De acordo com as noções que vimos de relembrar, podemos facilmente concluir pela eficiencia de alguns fatores, tais como, por exemplo, a arterioesclerose, a sífilis, o reumatismo e as substancias quimicas, na gênese ou formação dum aneurisma verdadeiro, porque, nesses casos, — lesão arterial por qualquer desses fatores, — associados á destruição das estruturas vasculares, existe uma proliferação conjuntiva mais ou menos acentuada. Quanto aos processos infecciosos, os de evolução lenta ou cronica, com tendência á neoformação conjuntiva, são, naturalmente, os mais favoraveis á formação dos tumores vasculares. A infecções de ca-

rater super- agudo, logicamente, determinam um rutura da parede arterial, com consequente hemorragia, no momento preciso em que as condições precarissimas da porção mortificada do vaso, se torne insuficiente para suportar a pressão sanguínea.

HISTÓRICO

Durante a feitura da sua tese inaugural, De La Rue, estudando o aneurisma da aorta, na infancia, conseguiu reunir, numa mesma parcela, 14 casos desses tumores vasculares, dos quais, salientou como fatores etiológicos, unica e exclusivamente, o reumatismo articular agudo e a predisposição inerente á raça anglo-saxonica. Boinet, por seu lado, nas suas 48 observações de aneurisma da mágna artéria, verificou 9 vezes, entre os antecedentes morbidos dos seus pacientes, a molestia de Bouillaud. Essa proporção, decresce notavelmente numa estatística efetuada por Etienne, — 7 vezes sobre 240 aneurismas da cróssa da aorta.

Em 1905, Renon, volta a insistir sobre o valor indiscutível, que, na gênese dos aneurismas, apresenta a infecção reumática, e, recordando os casos de Marfan, Mery, Zuber, Comby, — todos eles observados em crianças, de 10 a 16 anos de idade, — conclúe decisivamente, “que o aneurisma reumatismal, na criança, se desenvolve rapidamente, é consecutivo aos surtos reicidivantes da molestia, aumenta progressivamente a cada crise, não parece retroceder na sua evolução, e é acompanhado sempre de fenómenos dolorosos de sufocação, com irradiações para o lado esquerdo do torax e membro superior do mesmo lado”.

Em sua tese sobre aneurisma reumatismal, publicada em 1906, Feytaud lembra, no capítulo referente ao histórico, os 4 casos colecionados e descritos por Le Gendre, o qual, comentando esses achados clínicos, adverte desassombradamente” a relativa facilidade com que o reumatismo articular agudo é encontrado nos antecedentes dos aneurismas”.

Boinet, historiando o assunto em apreço, em seu “Tratado sobre molestias da aorta e dos vasos”, relembra, ainda, as observações memoraveis de Bureau, os dois achados de Astier (1897), os casos estudados por Mery (1902), por Zuber (1903), por Moizard, Babinsky e Roy (1901).

Todas essas observações clínicas referem-se, sem exceção, a pacientes, cuja idade, variava entre 10 e 16 anos, mais ou menos, acometidos de infecção reumática, de forma poliarticular aguda e febril, nos quais, em um determinado surto da molestia, surgiu o tumor vascular. Nascido o aneurisma, — continúa Boinet — ele se desenvolve, progressivamente, a cada crise da afecção mórbida, recebendo, por assim dizer, “chicotadas”, nas diversas

reicidivas articulares. Seu crescimento é rápido, sua marcha progressiva e seu início insidioso. Seus primeiros sinais consistem, sobretudo, em dispnéia aórtica, em paroxismos precoces, em fenômenos pseudo-anginóses noturnos e de caráter doloroso, devidos a compressões nervosas dos pléxos cervical e braquial. O desfêcho letal pôde sobrevir, as mais das vezes, por angina do peito ou, então, por rutúra do tumor numa cavidade ou conduto naturais. Esses aneurismas reumatismais, nascem, principalmente, sobre a porção ascendente da aórta, e se desenvolvem para a direita e para diante, acompanhando-se, habitualmente, de insuficiência aórtica valvular e de hipertrofia do coração. Consoante a opinião de Vaquez, este tumor vascular é difuso, fusifórme e sempre único.

HISTO-PATOLOGIA DAS ARTERITES REUMATISMAIS

Até o ano de 1929, pouco se sabia a respeito das lesões arteriais, ocasionadas pelo reumatismo articular. Recentemente, porém, graças aos numerosos trabalhos da escola americana, essas alterações histo-patológicas já são amplamente conhecidas do mundo científico, notadamente no que diz respeito às modificações estruturais da mágna artéria.

Vimos, em capítulo transáto, que o reumatismo articular agudo pertence á classe dos agentes etiológicos, que determinam processos de arterites agudas. Pois bem. As alterações histológicas que ele ocasiona podem ser observadas, como veremos daqui a um instante, em qualquer uma das tunicas arteriais.

Quadro macroscópico. — O exame macroscópico da aórta, revela, comumente, a presença de placas salientes, localizadas na íntima, de côr branco-amarelada, de consistência dura e de forma alongada; a superfície externa é lisa e brilhante; os contornos regulares, algumas vezes, denteados e irregulares, outras vezes; o o tamanho nunca excede a 1/2 cm. quadrado. Essas placas ou manchas, localizam-se, preferentemente, na porção inicial da aórta, justamente nas vizinhanças das lascínias aórticas. Algumas vezes, são encontradas mais acima, até ao nível da artéria inominada. Ao lado dessas lesões da íntima, observa-se uma dilatação nitidamente acentuada da mágna artéria.

Quadro microscópico. — Histologicamente, as alterações da íntima consistem em processos proliferativos, associados á infiltração celular inflamatória. Essa proliferação é, ao mesmo tempo, conjuntiva e endotelial. A proliferação conjuntiva, acomete e es-

pêssa diffusamente a íntima. Acontece, todavia, que esse espessamento não se faz de uma maneira regular. Em certas zonas, com efeito, a proliferação conetiva é intensa, determinando a formação duma eminência circunscrita, crescendo para a luz do vaso; ela se caracteriza, por outro lado, por grossos feixes colágenos, ondulados, geralmente dirigidos no sentido longitudinal, paralelamente entre si; nêste ou naquele ponto, uma ou outra vez, eles se dispõem desordenadamente, ora orientando-se para fóra, ora para dentro.

A proliferação endotelial se processa nas areas em que o espessamento da íntima é mais pronunciado. As celulas endoteliaes, aí, poderão ser mais avantajadas e dispostas em varias camadas. Nos pontos de maior espessamento, em virtude de fenómenos de retração, consequentes á artificios de técnica, o conetivo proliferado toma um aspéto sinuoso, no que é acompanhado pelo endotélio, observando-se, no conjunto, uma forma ondulada da íntima. Nas zonas em que o conetivo proliferado se encaminha para fóra, nota-se uma destruição da lamina elastica interna e invasão da camada média. Nesta última area, observam-se numerosos espaços vasios, de grandes e pequenas dimensões. Estes ultimos, correspondem a vacúolos, onde se acumula gordura. Quanto aos grandes vacúolos, onde se acumula gordura. Quanto aos grandes vacúolos, os processos tendentes á sua identificação, ainda são improficuos. Giral di, um dos studiôsos do assunto, pensa que, talvez, sejam devidos a um exsudato fluido, no qual, as tentativas de demonstração de fibrina, não foram coroadas de êxito.

As celulas inflammatorias aí verificadas, são do tipo de linfocitos e celulas endotelioides, as quais, infiltram diffusamente essa túnica. Estes elementos celulares inflammatorios, se-bem-que encontrados distribuidos em toda a camada íntima, são mais numerosos nos pontos de proliferação conjuntiva mais intensa, constituindo os nódulos ou areas, anteriormente assinalados. Nestas areas espessadas, predominam os elementos do tipo linfocítico, com todas as caraterísticas morfológicas que lhe são peculiares. Na periferia dessas formações, e, á medida que se avança para as regiões mais proximas, vêse a proliferação mais abundante dessas celulas endotelioides. Esses elementos se distinguem de outros, por serem de conformação arredondada, grandes, apresentando um nucleo vesiculoso. Nessas ultimas regiões os elementos linfoides são mais escassos, chegando mesmo, em certos pontos, a desaparecer. As celulas, em uma ou outra zona ou area, se dispõem em fileiras entre os feixes colágenos, assemelhando-se á orientação em "palissada", descrita por Mac-Callum, no endocárdio auricular, e, por Pappenheimer e Von Glahn, na aorta. Isso é devido á sua especial disposição nos intersticios dos feixes colágenos. E'

um aspeto morfológico, raramente contraditório, nos côrtes, e, sem nenhuma duvida, consequente ao caráter próprio da região. As células linfoides, apresentam, muitas vezes, sinais de degeneração. Pappenheimer e Von Glahn, descrevem em alguns pontos da íntima, a presença de densos acúmulos celulares, nitidamente delimitados. Nesses pontos, predominam os elementos linfocitários, alguns em varios estadios degenerativos. Acompanham os linfo-

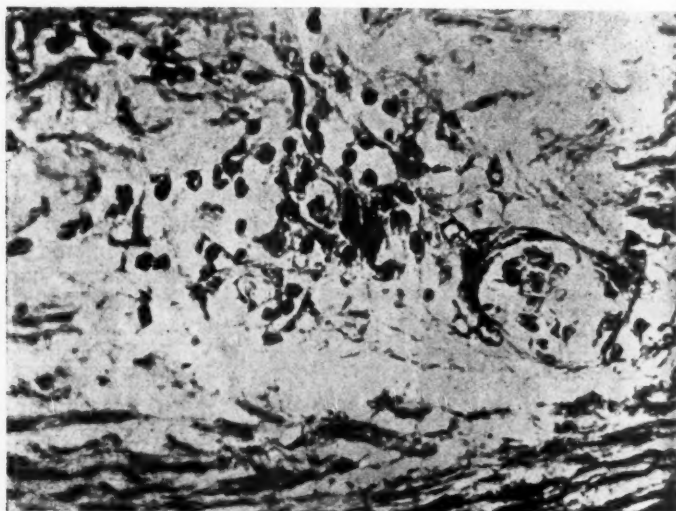


Fig. 1

Lesão focal típica da média.

Mostra um vaso com lymphocitos e poucas células epithelioides.
(Giraldi).

citos, escassa quantidade de células endoteliais. No centro, existem espaços claros, bem nítidos. Na periferia, numerosas células fusiformes que, originando do revestimento endotelial dos vasos, se encaminham para essa zona, contorneando-a, porém, sem atingi-la. Entre os elementos celulares, verifica-se, ainda, a presença de algumas plasmacelulas. Esse exsudato, sugere ao espírito, tratar-se duma reação inflamatória, de natureza sub-aguda.

As lesões da camada média, se fazem, principalmente, na sua metade interna, e se observam, mormente, nas zonas onde a íntima se apresenta mais espessada. Vemos, então, aí, que, através duma solução de continuidade da lamina elastica interna, o tecido conjuntivo proliferado da íntima se une a um tecido conjuntivo de proliferação, desenvolvido das células musculares desta camada, com consequente afrouxamento e destruição destas últimas.

Nessas regiões, constituídas de células musculares, ainda bem conservadas, vêm-se, também, outros elementos celulares, pouco nítidos e de núcleos menores; existem, ainda, células finas e atrofiadas, como se estivessem comprimidas, ou, então, jazem esparsos, fragmentos celulares e núcleos, em todo o conectivo proliferado. Naturalmente, quanto maior for a destruição das células, menor será o número de núcleo observado nessa região. Assim,

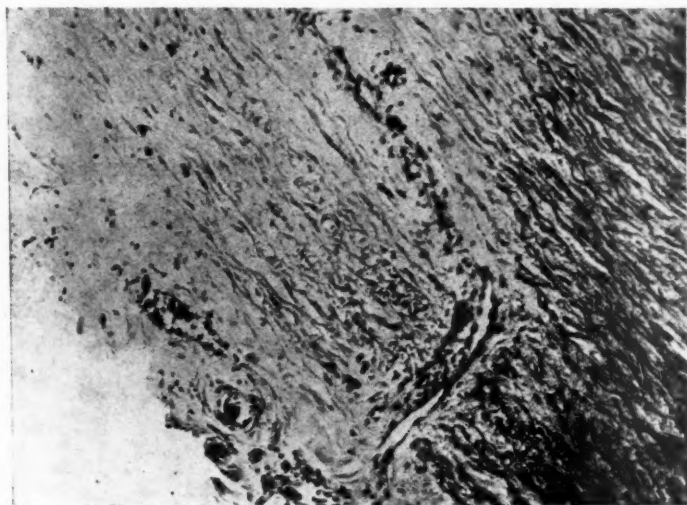


Fig. 2
Invasão da média pelo vaso e formação de nódulo.
(Giraldi).

encontram-se em certos pontos em que o processo é bastante adiantado, áreas, nas quais, não mais se pode delimitar a túnica íntima da camada média. Pelo contrário, nesses mesmos pontos, diferencia-se nitidamente, a metade interna assim alterada, da metade externa da média, que apresenta a sua estrutura conservada.

No terço externo da média, notam-se pequenas áreas focais, de forma oval, onde não mais existem, íntegros, os elementos musculares e elásticos; outras vezes, esses focos são alongados, em forma de estrías, constituídos essencialmente, nos estádios mais precoces, por um pequeno vaso sanguíneo, rodeado por um certo número de células epitelioides, arredondadas. Esses focos se dispõem circularmente ao redor do vaso. Num estádio ulterior, nessa zona, prolifera um tecido conectivo, acompanhado de uma proliferação de linfócitos, células epitelioides, elementos estes, situados, principalmente, ao redor do vaso, e, em número variável, predo-

minando, ora um, ora outro desses tipos celulares. Na periferia, o tecido conjuntivo proliferado se insinúa entre os elementos musculares e elasticos, perdendo-se, insensivelmente, no estroma intersticial do mesmo. Em um estadio mais adiantado, vê-se, apenas, um conetivo, caracterizando uma formação cicatricial. O vaso que constitúe o centro desse nódulo, apresenta, muitas vezes, uma proliferação endotelial, tal qual a aparência duma endarterite obliterante.



Fig. 3

Mostra uma faixa elastica á esquerda da placa da intima, assim como, em zonas, lesões da media. (Orceína). (Giraldi).

O aspéto desses nódulos, corresponde ao do quadro histológico descrito por Coombs, como característicos dos nódulos submiliares, da miocardite reumatismal. Essas lesões, em geral, ocupam o terço externo, não ultrapassando esta parte.

Para o lado da adventícia, nota-se um grande espessamento, já verificado macrascopicamente. Este espessamento é caracterizado, especialmente, por uma proliferação conjuntiva, colágena, associada a uma proliferação dos vasos. A proliferação conjuntiva, é difusa, e mais ou menos pronunciada. Os vasos proliferados estão situados na parte mais interna da camada da tunica, próximo á camada media. Uma infiltração celular, formada por linfócitos e células epitelioides, se dispõe diffusamente. Entretanto, esses elementos são mais abundantes ao redor dos vasos prolife-

rados, constituindo verdadeiramente manguitos, mais ou menos densos. Cortes seriados, demonstram que esses vasos, envolvidos pelo manguito celular, penetram na camara media, formando pequenos focos de destruição, já relatados anteriormente.

Os preparados corados pela orceína demonstram:

1.º) Na íntima. — Uma proliferação de fibrilas elasticas, sob a forma duma faixa, ocupando o terço medio da mesma. Essa faixa desaparece nos pontos em que a proliferação conjuntiva se transforma nas placas salientes, já referidas; uma pequena quantidade de fibrilas elasticas proliferadas, é observada, ainda, logo abaixo do endotelio; outras vezes, a proliferação elastica, é em geral, pouco evidente, ou mesmo inexistente; a lamina elastica interna, apresenta-se, ora intacta, ora desdobrada ou mesmo torcida; ela se dilacera, justamente nos pontos em que o conetivo proliferado se liga ao tecido da camada media.

2.º) Na camada media. — Mormente na sua metade interna, o tecido elastico é menos evidente, mais irregular, nos pontos em que a proliferação conjuntiva, mais intensa, é acompanhada de processos destrutivos, das estruturas elastico-musculares. No terço externo, da média, as areas ocupadas pelas lesões já descritas, mostram ausência absoluta de tecido elastico.

3.º) Numerosas fibras elasticas são vistas na zona limitrofe, entre a média e a adventícia.

Os cortes corados pelo Sudan e Escarlata R, evidenciam pequenas gotas de gordura, disseminadas pela íntima. Na parte limitrofe desta última com a camada média, ha acumulos de gordura mais evidentes; em muitos pontos, pela confluência de gotículas de gordura, existem grandes massas dessa substancia. Algumas celulas musculares, assim um inicio de esteatose das mesmas.

*
* *

Como acabámos de vêr, estudando a histo-patologia da parede arterial (artéria aorta), nos casos de reumatismo articular agudo, as lesões especificas se verificam em todas as suas tunicas.

As alterações histologicas da camada íntima, segundo estimativas de Klotz, são consideradas de carater reacionario, vicariante, ás lesões da camada média. Entretanto, Giral di, Von Glahn e Pappenheimer, opinam que os fenomenos que se passam para o lado da íntima, são indiscutivelmente de carater inflamatório, consequentes, em última análise, ao ataque dessa túnica, pelos germens trazidos pela corrente circulatoria. Ter-se-ia, dessa maneira, então, uma verdadeira endarterite aguda. Associado ao processo inflamatório da íntima, Giral di, ainda admite uma reação hiperplastica vicariante, de tipo conjuntivo-elastico. A proliferação elastica, seria caracterizada, segundo o seu parecer, pela presen-

ça da faixa de laminas elasticas, já descrita linhas atrás, e que ocupa grande parte da zona media da íntima, então espessada. Essa proliferação elastica, como já temos referido, se evidencia nitidamente nos cortes tratados pela orceína.

Por outra parte, as alterações mórbidas da metade externa da camada média, são interpretadas como fenómenos francamente regressivos, em virtude das modificações estruturais da íntima, ao lado da má nutrição das referidas zonas. Essa hiponutrição, seria, então, caracterizada por fenómenos de esteatose, que se tornam intensos e facilmente entrevistos nesses pontos. Finalmente, os processos inflammatorios observados para o lado da advertencia e terço externo da média, reproduziriam, corretamente, focos inflammatorios peri-vasais, verdadeiramente reacionais á infecção invasora. E' verdade que o aspéto morfológico dessa reação inflammatoria, não se traduz, tipicamente, pelos chamados "nódulos reumatismais de Aschoff", — encontrados principalmente no mio e endocórdio, — mas, ele apresenta, no seu conjunto, uma disposição tal, que mantem com aqueles mais de um ponto de afinidade.



De posse desses conhecimentos anatomo-patológicos, não será difficil compreender, nem interpretar, a formação do aneurisma de origem reumatismal, na vigência da molestia de Bouillaud. Com effeito, esta última infecção determina, para o lado das artérias, lesões tais, que, preenchem todas as condições e requisitos necessários para o possivel desenvolvimento e formação dum aneurisma, requisitos esses já mencionados na parte relativa á patogenia dos aneurismas.

OBSERVAÇÕES NACIONAIS

Nêste penultimo capitulo faremos, ao lado de algumas considerações estrictamente necessarias, um ligeiro resumo de duas observações clínicas sobre aneurismas reumatismais, as unicas verificaçãoes desse genero constantes dos arquivos médicos do país.

A primeira delas, refere-se a um aneurisma desenvolvido na cróssa da aórta, de uma creança do sexo masculino, de 15 anos de idade, descrita pela palavra douda e elegante do illustrado Prof. Rubião Meira, na sua clínica médica, editada em 1916. O outro caso clínico diz respeito a um aneurisma da artéria cubital direita, que se desenvolveu na vigência dum surto de reumatismo poliarticular agudo, numa doente, adulta, com 26 anos de idade, observação essa, que, em Fevereiro de 1933, apresentámos á

secção de medicina da "Associação Paulista de Medicina" e publicada, mais tarde, na revista oficial da mesma sociedade científica.

Vejamos, primeiramente, o resumo do achado clínico do Professor nacional, descrito sob o nome de "Um caso de Aneurisma da Aorta, de origem Reumatismal".

OBSERVAÇÃO DO PROF. RUBIAO MEIRA

"J. R., brasileiro, filho de pais portugueses, branco, de 15 anos de idade, solteiro, residente em S. Paulo. E' empregado no negocio do pai, a quem ajuda.

Antecedentes hereditarios. — O pai é homem robusto, musculoso e gordo, mas sofre de reumatismo, que ultimamente o tem abandonado. Mãe epileptica, com grandes ataques que se reproduzem de distancia em distancia. Tem 11 irmãos, sendo todos sadios, á exceção duma irmã que é doente e muita fraca, para a qual tenho receitado emulsão de Scott.

Antecedentes mórbidos. — Sofreu reumatismo articular agudo na idade de 3 anos, com ataques aos joelhos e cotovelo, acompanhado de acesso reumatismal da sua classica sintomatologia. Desta idade, em diante, tem sido várias vezes acometido do insulto reumatico, que nunca o abandonou totalmente.

Tem sido tratado nestes ultimos anos pelo nosso colega Dr. José Luiz Guimarães que foi quem me trouxe o dente. Teve sarampão em criança.

Historia progressa da afecção atual. — Ha cerca de 3 anos, quando sob a influencia de forte crise do reumatismo, começou a sentir-se dispeptico com palpitações cardiacas e batimentos arteriais violentos, tudo isso acompanhado de fortes dores na região precordial.

Esse estado se caracterisava mais ainda pela impossibilidade de conciliar o sono. Em 1916, num identico momento, em que o reumatismo o tolhia de dores, os drs. Julio Xavier e José Luiz Guimarães perceberam o desenvolvimento de um tumor pulsatil, que se sente acima da furcula do esterno e constatarem pela ausculta a existencia de sopro no foco aortico, o que os levou a firmar o diagnostico de aneurisma aórtico, embora a pouca idade do paciente.

Estado atual. — O doente é magro, mas tem excelente aspecto e quem o vê vestido não é capaz de supor que traz tão séria afecção. E' corado, vivo e inteligente e dotado de agilidade, que se supõe incompativel com o seu estado de saúde. Houve tempo até, quando não estava sob meus cuidados medicos, em que se entregava ao uso do jogo de futebol, que, com todos sabem, necessita de grande esforço e provoca quasi sempre cansaço consideravel. Mas, nessas ocasiões a dispnéia se apresenta e as noites ele as passa com insônia e dores no peito e costas. A ascensão da escada já o fatiga nestes ultimos tempos, como tenho frequentemente observado. Tem appetite, não tem tosse, nem suores nem nada que indique afecção pulmonar, como se poderia supor diante de sua magreza e dispnéia. Tem a altura de 1 metro e 55 centimetros e pesa 45 quilos e 500 gramas, vestido com paletó e colete.

Exame objetivo. — Aparelho circulatorio. — A inspecção da zona anterior do torax e pescoço verifica desde logo, mesmo ao espirito menos indagador, a existencia de batimentos arteriais muito acentuados, em am-

bos os lados. de abaixamento e desvio para fora do "ictus cordis", pois que se acha então entre a linha mamilar e a axilar anterior e no 6.º espaço intercostal, e a presença de um tumor do tamanho de um ovo de galinha, pulsatil, acima da furcula esternal e bem saliente entre os dois feixes esternais dos musculos esterno-cleido-mastoideus. O fato desse tumor salientar-se, acima da furcula do esterno é indicativo de que a séde do aneurisma ocupa a parte supero-convexo do arco aórtico. A aplicação da mão na area precordial nada aprecia de anormal, sentindo apenas a forte impulsão com que é projetada contra as costelas a ponta do coração, que se acha desviada da sua séde normal, indicando grande hipertrofia do ventriculo esquerdo. Mas, quem aplicar sobre o tumor pulsatil as extremidades digitais percebe claramente manifesta que serve para exemplo classico, a alunos e medicos que nunca a tenham apreciado a existencia do "thrill" — dessa sensação que se compara habitualmente a um fremito vibratorio, como si miriades de grãos de chumbo se agitassem sob os dedos do bservador e fossem levados por uma corrente impetuosa. E' caracteristico esse fenomeno da existencia do aneurisma, e na frase de Belmont (13) é "um fenomeno de auscultação percebido pelo tacto". Esse "thrill" é constante, não se modifica com a respiração, nem com o esforço que o doente emprega. Nota-se a expansão do tumor perfeitamente nitida, indicando a sua intima relação com a corrente sanguínea, de que o fato do "thrill" já denuncia. A percussão no caso não tem o mesmo valor que naqueles em que a afecção é latente, em que não ha batimentos, nem existe tumor apreciavel á vista e perceptivel á palpação. Mas, denota em J. R. a existencia da massicez na zona pré-aórtica, alem da que se observa percutindo tumor pulsatil. Posteriormente a percussão foi negativa, mesmo porque ela dá resultado nos casos de aneurismas da aorta toracica descendente, se denunciando por zona de massicez, que chega, ás vezes, a se confundir com a nóta que se obtem quando existe pleuris com derrame — fato de que dão noticia Potain e Huchard.

A auscultação percebe no foco mitral a existencia dos dois ruidos cardiacos normais, senão um pouco mais fortes que quando o individuo é são. Nada no foco pulmonar. Mas, no foco aórtico percebe-se a existencia de dois sopros — um sistólico, rude, aneurismal, pois que nasce sobre o tumor — e o outro diastólico, francamente diastólico, que substitue totalmente a segunda bulha, apiculado e se propagando para o apendice xifoide, onde se ouve bem claro. Esse segundo sopro é irnicativo de insuficiencia aórtica concomitante, enunciativo de que a lesão antes de atingir a endarteria se iniciou no endocárdio. De sorte que esse doente tem lesão arterial, que no caso é a mais importante pelo seu desenvolvimento progressivo, e lesão cardíaca, incompetencia da valvula aórtica.

Pulso. — Pulsos iguais em tensão e em tempo. Não ha retardamento no pulso esquerdo sobre o direito, coexiste nos dois terços de casos. A tensão arterial é igual a 16, apreciada pelo esfigmometro de Potain; não a tirei com tonometro de Gartner por não o possuir; 77 pulsações por minuto; pulso cheio, dando a principio a sensação do de Corrigan, caracteristico da insuficiencia aórtica. O traçado porem, nós demonstra que ele não é assim — como se pode ver nos que aqui estão, mas onde se nota o gancho proprio do pulso da insuficiencia valvular.

Exame radioscopico e radiografia. — No gabinete do Hospital de Santa Catharina, de raios X, o Dr. Walter Seng, fez, em minha presença, o exame radioscopico, notando-se perfeitamente o volume do saco nos seus dois movimentos de sistole e diastole. Nota-se então que o vaso se acha ampliado de calibre na zona supero-convexa do arco aórtico, e um tanto na aorta ascendente.

A radiografia deixa ver perfeitamente o que o exame clínic apurou. Infelizmente, não é possível apresentar as placas fotograficas, que não saíram muito nitidas.

O doente nada apresenta nos outros aparelhos, não tem compressão da traqueia nem do esôfago, nem dos nervos recorrentes, nem do simpático. Não tem mesmo sintomas de compressão. A sua urina, que é abundante, citrina, límpida, não tem albumina nem assucar. Perde 18 gramas de ureia.

Aqui está, em sua mínucia, a observação desse doente, que continúa a gozar as venturas e desventuras da vida, no meio de sua ilusão. Ela demonstra que nem mesmo as creanças são poupadas pelas terríveis enfermidades, que escolhem os adultos para o seu acometimento e que, por assim dizer não ha idades para imunizar, mas individuos para sofrer”.

A observação do méstre nacional que acabámos de reproduzir, literalmente, está delineada no final do seu momentoso trabalho. Na primeira parte, entretanto, o Prof. Meira faz considerações interessantissimas, não só sob o ponto de vista da etiologia das infecções como causa de aneurismas, como, também, em relação ás estatísticas dos diversos autores, que salientam as diferentes idades, em que esses tumores vasculares são mais encontrados.

Alguns desses comentarios mais importantes, são dignos de ser reproduzidos.

Tratando de elucidar convenientemente a etiologia do tumor aneurismático do seu paciente, assim comenta o ilustre catedrático da Faculdade de Medicina S. Paulo: “Do meu doente indaguei, com cuidado, da existencia do mal hunteriano. Não encontrei, porem, um só estigma que o denunciasse. Não houve a precedencia do cancro, (e a idade não serve aqui para objeção á procura da causa, pois já o encontrei nitidamente desenhado e seguido dos classicos accidentes secundarios em um menino de 13 anos) nem se verificou a existencia dos estigmas do periodo inflammatorio ou virulento da sífilis, que é o segundo. Nunca sentiu dores osseas, nunca apresentou roseolas, nem cefaleia, nem outras manifestações comuns entre nós, como seja mas placas mucosas da lingua e da faringe. Não tem ganglios hipertrofiados, tanto inguinais como maxilares, sub-occipitais e axilares. Manda, porem, a verdade que se diga que nele encontrei um ganglio epitrocleano bem desenvolvido no braço direito. E’ o unico sinal que guardar podia da sífilis adquirida e sinal a que os autores todos ligam grande valor. Entretanto, não se pode dar-lhe o valor patognomonico, pois não é a primeira vez que o encontro em caso onde a infecção não existiu. E, a esse respeito, acredito, a opinião aceita pelos clínicos deve ser a mesma; assim como a sua ausencia não infirma um diagnóstico deve ser a mesma; assim como a sua ausencia não infirma um diagnóstico preciso de sífilis, a existencia dele não

taz o espirito do clínico afastar outras hipóteses para só aceitar essa. Não tem os caracteres da sífilis hereditaria, nem o exame a encontrou em seu páis. O seu progenitor é sadio, apenas reumático. Não acusa antecedentes sifilíticos, nem apresenta estigmas indicativos de que a infecção por ele tivesse passado. A mãe é, porem, epileptica. Sofre do grande mal, tendo ataques repetidas vezes; não foi, entretanto, acometida pelo mal que Hunter assinalou em linhas tão firmes e tão claras. Mas, a origem do aneurisma do doente é, pelo menos me parece, demasiado clara. E' de origem puramente reumatismal, provocado pelo reumatismo articular agudo, que o originou e o fez desenvolver".

E, mais adiante, após ter citado a opinião vantajosa de Renon, que descreveu tambem um caso clinico, semelhante ao seu, o autor nacional assim termina os seus comentários: "Ora, deante a estatística e a linguagem de Renon e perante a ausencia de sinais de sífilis propria ou hereditaria apresentados pelo meu doente e em frente a um caso classico, característico de reumatismo articular agudo, que ha longos anos e de modo tenaz vem atormentando o paciente, em crises dolorosas e duradoras, não exitei em atribuir a ele a enorme dilatação da grande artéria, que ha três anos aproximadamente apareceu. Desde a idade de três anos, sofre o paciente desses ataques de reumatismo, que lhe inibem os movimentos articulares e o prostram no leito. A sua historia clinica traz logo a confirmação dessa hipótese — que, acredito é a expressão da verdade. Como se vê, dessas considerações que faço, o caso deve ser arquivado; tudo nele é digno de estudo. Tambem, não o tenho poupado ao exame de outros colegas e dos estudantes de medicina que frequentam a Santa Casa em férias, e onde mandei o cliente para ser apresentado e examinado por todos".

NOSSA OBSERVAÇÃO

No dia 20 de Fevereiro de 1933, apresentámos á secção de medicina da Associação Paulista de Medicina, o seguinte caso clinico, que vai transcrito na integra:

"Na tarde de 14 de outubro do ano p. passado a doente, cuja observação ora aqui divulgamos, era introduzida na sala de consultas do serviço do Dr. Eduardo Monteiro, na Policlínica da rua do Carmo. A indagação propedêutica meticulosa a que a consulente se submeteu dócilmente, revelou, a par de alguns dados destituídos de interesse, um tumor fusiforme, pulsátil e expansivo, no terço súpero-interno do ante-braço direito. Fato notavel: — a pesquirição sistemática do elemento etiológico desse tumor aneurismático evidenciou, como veremos daqui a um instante, tão somente um surto de reumatismo poliarticular agudo febril.

Tratando-se de um fato altamente instrutivo e interessante, digno de estudo pela sua extrema raridade na literatura médica, trazemmo-lo ao

conhecimento dos colegas que pelo assunto se interessarem, com as mínimas e as características que elle apresenta.

Vejamos, em primeiro lugar, a observação do caso, deixando para tempo oportuno os comentários que o mesmo reclama.

Trata-se de uma senhora, S. G., casada, com 26 anos de idade, branca, brasileira. Interrogada sobre seus commemorativos familiares e pessoais, refere que seus pais são vivos e gozam de boa saúde. Apenas, sua mãe é reumática. Dos 8 irmãos que possui, nenhum é doentio. Sofreu na sua infancia, aos 5 anos de idade, o sarampo e logo depois a coqueluche. Recorda-se de um episódio que lhe ocorreu quando tinha 7 anos, facto que a impressionou sobremaneira. Quando brincava com outras crianças da sua idade, em certo dia, foi inesperadamente perseguida, em plena via pública, por vários cães da vizinhança, conseguindo, entretanto, fugir a essa aggressão, sem outro qualquer incidente afora um grande abalo moral. Com effeito, na occasião desse acontecimento, sentiu violentos tremores por todo o corpo, palpitações intensas e angústia penosa. Esses phenomenos ella os teve mais algumas vezes, durante longos meses, sempre que do caso se lembrava. Em todo esse longo tempo, seu caracter se modificou inteiramente. Se antes era alegre e possuia uma vivacidade própria da infancia, tornou-se, após aquelle episódio, triste, pensativa, quasi apática. Esse estado de coisas se prolongou por mais alguns meses. depois dos quaes ella readquiriu a pouco e pouco a sua primitiva personalidade.

Até aos 16 anos, nenhuma enfermidade refere digna de registro. A esse tempo soffreu um primeiro ataque de reumatismo. Os joelhos e tornozelos acometidos pela moléstia edemaciaram-se enormemente, sobre vindo febre subita e profusos suores. Por dois meses a fio, sempre doente e assistida por um profissional, ella guardou obrigatoriamente o leito.

A sua moléstia actual teve inicio há 5 meses. Contraiu nessa data a gripe (teve tosse e febre com intensa expectoração, durante 30 dias). Logo após sobreveio novamente o reumatismo articular. Esse novo surto reumático, mais pertinaz e violento que o anterior, affetou-lhe primeiramente ambas as articulações dos cotovelos e dos punhos, passando, em seguida aos joelhos e tornozelos. Edemaciadas, extremamente dolorosas, essas regiões, em particular as dos membros inferiores, causavam-lhe penoso soffrimento, impossibilitando-lhe completamente a marcha. Há 3 meses, aproximadamente, na vigência da moléstia, notou que se intensificavam as dores da articulação do ante-braço direito, dores que se irradiavam por toda a face anterior dessa região. Verificou, mais, o aparecimento dum pequeno tumor no terço superior da região cubital, a principio apenas palpável, mas que rapidamente cresceu de tamanho, de maneira notável, attingindo em 10 ou 15 dias a grandeza e o volume actuaes, isto é, o tamanho de um ovo de galinha. Sente formigamentos constantes na mão e nos dedos respectivos desse lado, tendo a impressão, toda especial, de ligeiro embotamento do tato.

Eis focalizado, com relativa minúcia, tudo o que de verdadeiro e de positivo se retém da narrativa da nossa paciente.

Exame objetivo. — Uma inspecção geral mesmo perfuntória, deixa entrever desde logo que a doente em apreço vem, há muito, sendo castigada por moléstia avassaladora e rebelde. Fácies algo emagrecida, denotando grande soffrimento, deixa bem saliente a protuberância dos maxilares, o que contrasta com a reentrância das bochechas, de ambos os lados. Completa o conjunto fisionômico o brilho insólito dos olhos e o afilamento pronunciado do nariz. Tórax, de tipo hipostênico, mostra nitidamente, em toda a sua altura, em ambas as paredes lateraes, as superficies escavadas dos respectivos intercostos.

Um exame acurado para o lado dos membros inferiores colhe os seguintes dados: um aumento de volume da articulação do joelho esquerdo,

comprovando-se aqui, em relação á articulação homóloga do lado oposto, um valor mais acentuado; indicando a presença de liquido no anterior da articulação, o tacteo descobre o fenómeno do choque da rótula. Os tornozelos, por igual, mostram-se edemaciados e extremamente dolorôso á pressão.

Para o lado dos membros superiores, chama a atenção, antes de tudo, no ante-braco direito, um tumor fusiforme e pulsátil, cuja expansibilidade se verifica facilmente pela "prova de Concato" ou "sinal das bandeirolas".

Esse tumor pulsátil e fusiforme, do tamanho de ovo de galinha, nasce no terço superior da região cubital e invade, acompanhando o trajeto da artéria regional, o meio do ante-braco, sendo de 6 a 7 centímetros o seu maior diâmetro.

APARELHO CARDIO-VASCULAR

Coração e aorta. — A investigação atenta da área cardíaca, deixa ver a sede anômala do "ictus", que bate entre as linhas mamilar e axilar, ao nível do 6.º intercosto. Com a mão espalmada sobre a área precordial, sente-se a violência do choque da ponta, indicando a grande hipertrofia do ventriculo esquerdo.

A ausculta percebe, além da manifesta taquicardia e da batida violenta da ponta do coração contra o cuvido do observador, um sopro diastólico no foco aórtico, de timbre doce e aspirativo, e cuja propagação se acompanha facilmente até o appendice xifóide, onde éle é bem audível. No foco pulmonar, ouvem-se distintamente as duas bulhas cardíacas, desacompanhadas de quaisquer ruídos adventícios.

A aorta não está aumentada de volume, e a percussão demonstra que ela se conserva dentro dos limites esternais. Além disso, não é palpavel ao nível da fúrcula pelo dedo explorador.

Pulsos. — As artérias radiais, sem apresentarem deformações ao tacto, batem, sincronicamente, 180 vezes por minuto. O pulso é cheio, característico do de Corrigan.

O mesmo não acontece com os pulsos cubitais. Estes diferem um do outro no que toca á intensidade. O pulso cubitavel direito, logo abaixo do aneurisma, é nitidamente mais fraco que o homólogo esquerdo.

A tensão arterial, tomada com o aparelho de Vaquez-Laubry, marca 12 para a maxima e 4 para a minima, nos dois braços.

*
* *

Convem advertir que, na ocasião do exame, o termometro marcava as temperaturas de 37 graus axilar e 38,4 bucal.

O exame clinico dos outros diversos aparelhos, foi inteiramente negativo.

Assinalem-se a seguir, os exames de laboratorio, praticados na nossa paciente:

- 1.º) — Wossermann — negativo;
- 2.º) — Hemocultura para "estreptococcus viridans" (gentilmente feita pelo Dr. Carvalho Lima) — negativa;
- 3.º) — Urina: (—)
Quantidade — 700 c. c.
Densidade — 1035
Albumina — traços acentuados
Ureia nas 24 horas, 24,0

Cloretos nas 24 horas, — 2,82.

Sedimento: numerosas células epiteliaes das ultimas vias, raros leucocitos, grande numero de cristais de oxalato de calcio e numerosos filamentos de muco. (*).

DIAGNOSTICO E COMENTARIOS

A analise criteriosa de tudo quanto atrás ficou assinalado sobre o caso presente, nós conduz ao seguinte raciocínio. cujos alicerces se apoiam, de um lado sobre os dados anamnesticos, do outro, sobre a sintomatologia e as pesquisas de laboratorio:

a) Conforme ficou apurado, a consulente sofreu, ha 10 anos passados, um surto de reumatismo poliarticular agudo, que a prostrou impiedosamente no leito, por espaço de dois longos meses, com febre alta e contínua, com edemacia e dores articulares nos joelhos e tornoselos;

b) Ha cinco meses, após se ter livrado de uma gripe obstinada e duradoura, foi a mesma doente acometida, pela vez segunda, de um novo ataque de reumatismo poliarticular agudo febril, cuja pertinácia e rebeldia ás medicações terapeuticas são ainda atestadas pelo exame objetivo atual;

c) No decurso deste ultimo estado mórbido, dois meses depois do início da molestia, a paciente viu surgir e desenvolver-se, no trajeto da artéria cubital e ao nível do terço supero-interno do ante-braço direito, um tumor, no qual a observação clinica verificou todos os caracteristicos de um verdadeiro aneurisma;

d) A indagação propedeutica do aparelho cárdio-vascular descobriu uma insuficiência aórtica valvular, caracterizada por um sopro diastólico, no foco aórtico, de timbre doce e aspirativo, cuja propagação se fazia para a base do apendice xifoide e pela pressão arterial diferencial elevada, representada pelo algarismo 8. Os pulsos cubitais, identicos no tocante ao tempo, diferiam, entretanto, no que diz respeito á tensão, sendo o do lado direito extremamente fraco, tomado logo abaixo do aneurisma; a aorta, como esclareceu a nota plessica, guarda seus limites normais;

e) A reação de Wassermann no soro sanguíneo foi negativa e o exame da urina mostrou a presença de traços acentuados de albumina, sem outro qualquer elemento anormal digno de nota, parecendo que aquela substancia insólita fosse devida á febre continua e elevada, que ha cinco meses a paciente vinha suportando;

f) Em se tratando de uma doente portadora de endocardite, provavelmente de longa data, com uma nova infecção reumatis-
mal em cena, foi reclamada a respetiva hemocultura, cuja negati-

(*) Exame praticado antes da doente ser medicada.

vidade foi atestada pelo dr. Carvalho Lima, a quem, aproveitando a oportunidade, deixamos aqui expressos os nossos sinceros agradecimentos.

Diante destes raciocínios que, pensamos, se apoiam em bases seguras e positivas, podemos formular o seguinte diagnóstico:

Reumatismo poliarticular agudo (causa), dando como efeitos:

- a) Mal de Corrigan;
- b) Aneurisma da artéria cubital;
- c) Nefrôse albuminoide.



Parecem-nos oportunas mais algumas considerações em torno do aneurisma da artéria cubital, fato que, no momento, nos ocupa de preferencia a atenção. Tudo fizemos para bem esclarecer e elucidar a sua etiologia, e é a sequencia coordenada da serie de investigações sobre ela, que pretendemos resumir neste capitulo, para o bom entendimento da questão.

Antes de tudo, fique em tempo bem entendido que na historia da doente em aprêço não se desvenda um só agente mecanico traumático que pudesse, agindo sobre as paredes da referida artéria, ocasionar a lesão de suas tunicas, engendrando a formação do aneurisma.

Por outro lado, argumentos que se nós afiguram de valor, militam contra a possibilidade da intervenção do fator sífilis na gênese do tumor. Com efeito, em primeiro lugar, não se encontra na enferma um sinal, pelo menos, que revele a infecção luética. Não se percebem ganglios hipertrofiados, epitrocleanos ou cervicais, inguinais ou axilares. O seu arcabouço osseo é bem desenvolvido. O fenómeno da esternalgia, pregoeiro contradicção no decurso da infecção luética, é sintoma cuja pesquisa o exame clínico não revela. Nem se apuram as classicas roséolas ou papulas, e tampouco as placas mucosas do véu do paladar e da base da lingua, sinais relativamente comuns em nosso meio. O nariz é bem constituido, assim como as arcadas dentarias e a abóbada palatina. A soro-reação de Wassermann, como frisámos, é negativa. Entre os membros da sua familia, conforme nossas investigações, não ha vestígios do mal sífilítico. Com efeito, seu marido é homem são, nunca contraiu a sífilis e nele o exame semiótico, nêsse sentido, confirma suas declarações. Os progenitores da enferma são vivos e sadios. Dos seus oito irmãos, nenhum é doentio. A nossa curiosidade cientifica foi mais além. Examinamos seus dois filhos, um de três e outro de cinco anos. Ambos são robustos, corados e vivos, sem apresentarem um só vestigio de lues hereditaria.

Enfim, para externar com sinceridade a impressão que do caso tivemos diremos que, quanto mais se pesquisa um fator etio-

lógico idoneo para a gênese do aneurisma da artéria cubital, tano mais se convence de que ele se originou e desenvolveu á custa do reumatismo poliarticular agudo. Foi essa entidade nosográfica que, no caso, afetou o endocárdio e posteriormente atingiu a valvula aórtica, lesando-a e tornando-a insuficiente. Foi, ainda, o reumatismo poliarticular agudo que num surto ulterior, mais intenso e mais rebelde, gerou o tumor aneurismático da artéria cubital.

*
* *

Quem compulse, cuidadosamente, os tratados clássicos de patologia dos vasos e a escassa literatura sôbre o assunto, verá que a eventualidade do aneurisma, no decurso do reumatismo poliarticular agudo, é complicação extremamente rara. Na verdade, entre todos os casos de aneurisma estudados e descritos nos tratados da especialidade, extremamente reduzida é a porcentagem dos que tiveram por séde a aorta, e cuja etiologia reumatismal, diante do testemunho incontestavel dos fatos, ficou inteira e definitivamente comprovada. Vem a proposito lembrar aqui as seguintes observações, as poucas de que nos dão noticia diversos dos autores que se ocuparam da matéria:

Os dois casos de Bureau, vindos a lume em 1897; a comunicação de Mery, em 1902; a de Zuber, em 1903; a de Renon, em 1940; a de Comby, em 1906. Recordemos, ainda, mais recentemente, os casos de Moizard e A. Babinsky, em 1908, o de MacNalty, em 1910, e as famosas observações de Zimmer, Hallé e Schreiber, todas elas divulgadas no ano de 1911.

Entre nós, convém não esquecer a observação notavel do Prof. Rubião Meira, publicada em 1916, e cujo texto magnífico vem reproduzido na sua Clínica medica. De acordo com o relato do Prof. Rubião Meira, a ectasia, no caso, tinha por séde a magna artéria, desde o inicio do vaso até o meio da crôssa, carater esse proprio das lesões produzidas pelo reumatismo poliarticular agudo. Consoante a opinião de Vasquez, essa molestia após ter interessado profunda e extensamente o endocárdio, em particular nas proximidades dos orificios valvulares, realiza um processo de periarterite, que conduz, ulteriormente á formação do aneurisma. Isto, na criança, onde a molestia é particularmente grave, como no caso descrito e estudado pelo mestre nacional.

*
* *

Revendo nos "Archives des Maladies du Coeur" todas as observações sôbre aneurismas de origem reumatismal, não vimos,

até 1931, nenhuma referencia á artéria cubital, nem mesmo a outra qualquer artéria periférica. Todos os casos descritos e ali resumidos são relativos á grande artéria.

A nossa comunicação parece, assim, ser o primeiro caso em que se demonstra que nem mesmo uma artéria de tipo muscular e extremamente periférica, pode fugir á ação nefasta do reumatismo poliarticular agudo.

Merecem, entretanto, menção e registro as vantagens advindas dessa localização aneurismática, por isso que a possibilidade de extirpação do tumor é perfeitamente realizavel, em face das boas condições circulatorias das artérias da região.

Tenha-se presente que era das nossas cogitações terapeuticas a extração cirúrgica da excrescência aneurismática, evitando-se com essa manóbra, uma provavel complicação ulterior, qual seja a rutura dramatica e accidental do aneurisma.

Pronto e edificado o nosso plano clínico, tudo dependeria da ocasião oportuna, representada, no caso, pela cessação inteira e completa do estado febril e agitado, e pela volta á normalidade das articulações, então edemaciadas e extremamente dolorosas.

Nessa expectativa, continuava a nossa paciente a fazer uso da medicação prescrita, — salicilato de sodio em altas doses e o respectivo repouso no leito, — sempre em observação quotidiana e atenta. Alguns dias assim decorreram, e a nossa enferma via a pouco e pouco regredirem a edemacia e as dôres articulares, persistindo, todavia, o estado febril, cuja média oscilava sempre entre 37,5 e 38,8 graus.

Entretanto, cinco ou seis dias após, até este último fenómeno rebelde decaía sensivelmente, diante da efficácia terapeutica do salicilato de sodio.

Estavam as coisas nesse pé, e tudo fazia supor, para dias muitos proximos, a regressão "in totum" dêsse surto reumático avassalador e duradouro, quando súbita e inesperadamente se dava o desfêcho letal, ficando, dest'arte, prejudicada a verificação histo-patológica do tumor, como era nosso intento pratical-a, logo que fosse possivel. Será inutil acrescentarmos que á necrópsia também se opuseram terminantemente, como é de estilo, os escrupulos e as reservas da familia da paciente.

*
* *

Finalizando este nosso despretencioso trabalho, cremos sinceramente haver demonstrado cabalmente a origem reumatismal dum aneurisma, que se desenvolveu na vigência dum surto de infecção reumática, numa doente adulta, de 26 anos de idade, portadora duma insuficiência aórtica valvular, endocárdica"

CONCLUSÕES

De tudo que acabámos de expor, revolvendo o estado dos aneurismas de origem reumatismal, parecem legítimas e imperativas as conclusões seguintes:

1.º) O reumatismo poliarticular agudo febril, constitue factor etiológico verdadeiramente idoneo, na gênese e formação dos aneurismas;

2.º) Esse fáto é devido á capacidade que tem a infecção reumática de destruir profundamente as estruturas vasculares;

3.º) Como vimos, realçando a histo-patologia das arterites reumatismais, a moléstia de Bouillaud acomete sempre as três túnicas arteriais;

4.º) A observação clínica tem demonstrado que, dentre os aneurismas verdadeiramente reumatismais, os que tem por séde a aorta ascendente, são mais contraditórios.

5.º) O nosso caso clínico vem demonstrar, por outro lado, que, tambem, as artérias extremamente periféricas de tipo muscular, estão sujeitas ás lesões irreparaveis da infecção reumática.

Endereço: Rua Gualachos, 11.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Allbutt, Disease of the arteries and pag. pect., 1915, ed., pp. 148 et seq.
- 2 — Klotz, Trans. of. associ. of. American. phys., 1912, XXVII., 181.
- 3 — Coombs, quart. j. med. 1908, II, 27.
- 4 — Mac-Callum, Bull. Johns. Hopkins Hosp. 1914, XXV, 329.
- 5 — Pappenheimer, and Von Glahn, Jour. med. res., 1924, XI.IV, 489; Amer. Jour. of part., 1926, II, 235; ibid. 1927, III, 582.
- 6 — Coombs, Journ. Path. and Bact., 1911, XV., 489.
- 7 — Andrewes, Report. ond Arterial Degeneration, 1912.
- 8 — Klotz, Journ. of Path. and Bact., 1913, XVIII., 259.
- 9 — Jores, Ziegler's Beitr., 1898, 24.458.
- 10 — Evans, Goulstonian Lectures, 1923.
- 11 — Kugel and Epstein, Archs. of Path., 1928, VI.
- 12 — Barnard, Journ. of Path. and Bact., 1929, 95, 4.ª ed. ital
- 13 — Kauffmann, "Trattato Sp. Anat. Path.", 1929, trad. da 8.a ed. alemã.
- 14 — Aschoff, Trat. di Anat. Path. Gener. e Sp., 5.ª ed. ital., trad. 5.ª ed. alem.
- 15 — Mohr, Staehelin, Trat. Med. Intern., vol. II.
- 16 — Boinet, Trat. Fol. Art. e da Aorta.
- 17 — Lima, Aneurisma da art. Cubital de origem reumat. Rev. Ass. Paul. Fev. 1933.
- 18 — Meira, Rubião, Clinica Med., pag. 259.
- 19 — Dias, Annes, Clinica Medica, 1.a serie, 2.a ed. pag. 273.

ACETYLARSAN

O PADRÃO
DOS
ARSENICAES
INTRAMUSCULARES

PARA ADULTOS :

Caixas de 10 e 100
ampolas de 3 c.c.

PARA CRIANÇAS :

Caixas de 10 e 100
ampolas de 2 c.c.



CORRESPONDENCIA: *Rhodia* CAIXA POSTAL 2916-SÃO PAULO

A loja cystica de Dufour na lithiase vesicular (*)

Dr. Eurico Branco Ribeiro

Cirurgião do Sanatorio Santa Catharina e da Beneficencia Portuguesa.

e

Dr. João N. von Sonnleithner

Assistente do serviço.

Em 1925 appareceu em Paris uma these que marcou época na interpretação da lithiase vesicular. Subscreveu-a Chiffre, sob a inspiração de Dufour, que, assim, lançava no grande mundo medica uma theoria explicativa da formação de certos calculos biliarios — os calculos multiplos facetados. Para esse autor, taes calculos se moldam em uma loja situada geralmente no cystico — ás vezes no hepatico —, onde se dá a deposição do material precipitavel que a bile carrega. Uma vez cheia a loja, o calculo alli formado e que reproduz as dimensões e orientação das suas paredes, é expulso e cae na corrente biliaria, indo ter ou á vesicula ou ao intestino, conforme o sentido da corrente no momento da expulsão. Com o tempo, a loja se vae dilatando e os calculos se tornam gradativamente maiores, de modo que de um determinado tempo em diante não mais se projectam no choledoco, mas só podem migrar para a vesicula, dadas as suas dimensões. A expulsão pode ser acompanhada de colicas, seja ainda na passagem através do choledoco, mediante a irritação pelas arestas ou as difficuldades inherentes á exiguidade do conducto, seja mesmo ao transpôr o pequeno trajecto do canal cystico, desde a loja até a vesicula, pelo tamponamento provisorio que provoca.

Para Dufour, a constituição dessa loja, favorecida pela existencia das cryptas glandulares, viria de uma alteração pathologica da parede do canal, dando formação diverticular, com o appare-

(*) Communicação á Sociedade dos Medicos da Beneficencia Portuguesa de S. Paulo.

cimento de um tecido fibro-conjuntivo, que substituiria os elementos nobres; seria, pois, uma lesão adquirida, dependente de um processo inflammatorio sub-agudo, ou de uma manifestação syphilitica, caso particular este em que um tratamento adequado seria capaz de fazer regredir a lesão diverticular, cessando, por consequente, a producção de novos calculos (1). Tratando-se de uma lesão de natureza inflammatoria, senão já de inicio pelo menos durante a sua actividade lithogenica, pois que o proprio calculo irrita as paredes da loja, não raro se processa uma reacção productiva, constringindo a abertura do diverticulo e encarcerando a pedra nelle contida. Tal emergencia é de verificação mais ou menos frequente em cirurgia. Por varias vezes temos deparado com semelhante occorrença. Os autores assignalam-na desde 1831: conforme tivemos occasião de referir (2), nesse anno, Guérard levou á Sociedade Anatomica de Paris um caso em que havia um calculo encastado no cystico e facto identico foi relatado em 1854 por Dolbeau (3).

Na pratica cirurgica, talvez tenha sido Terrillon (4) quem primeiro notou a presença de um calculo encravado na parede do colo da vesicula, segundo a topographia por elle descripta. Com a vulgarização da cirurgia da lithiase biliaria, cada operador deve ter-se encontrado com casos de presença da loja cystica de Dufour e si na maioria das vezes não dá por ella é porque ao manipular a vesicula para a ectomia o calculo migra para o interior do orgam, sendo relativamente raros os casos em que o encravamento firme resiste ás manobras cirurgicas habituaes de mobilização.

Antes de relatarmos um desses casos de encarceramento de calculo na loja cystica, cumpre-nos referir que o assumpto foi pela primeira vez versado em nosso meio por A. Bernardes de Oliveira (5), em communicação á Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas, em 1931.

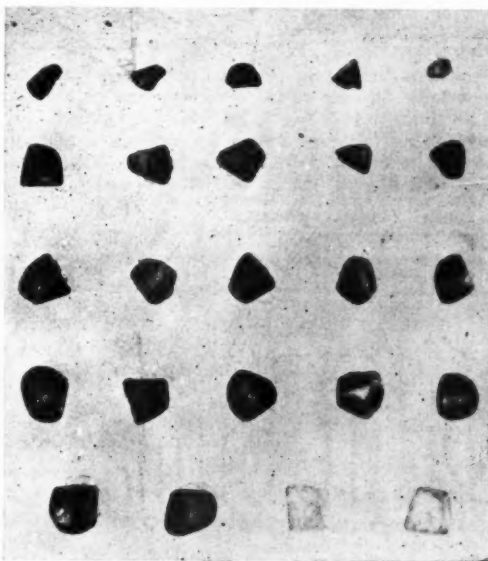
OBSERVAÇÃO

M. M., 34 annos, branca, casada, brasileira, dedicada a serviços domesticos, residente nesta capital, deu entrada no Sanatorio Santa Catharina a 7 de outubro de 1935, relatando a seguinte historia clinica, que resumimos: A 5 annos vem soffrendo colicas abdominaes violentas e repetidas com ponto de partida no hypochondrio direito, irradiadas para o dorso, onde sentia dores mais intensas. Na occasião das colicas, vomitava muita bile, dizendo que no dia seguinte a região do hypochondrio direito e o dorso ficavam doloridos, tendo sido obrigada a fazer injectões de morphina em diversas occasiões. Conta que tem bastante azia post-

prandial e que certos alimentos, em determinadas ocasiões lhe causam sensação de peso no epigastrio.

A palpação do abdomen nos revelava paredes flácidas, não havendo qualquer signal de tumoração. O ponto vesicular era bastante doloroso, principalmente nos movimentos inspiratorios profundos. Mac-Burney ligeiramente doloroso á palpação. Vagina e colo uterino de aspecto normal; utero de volume normal, movel, indolor, em retroversão. Teve 5 filhos.

A radiographia revelou a presença de calculos facetados multiplos na vesicula biliar (dr. J. M. Cabello Campos). Exame pre-operatorio: tempo de coagulação, 12'; tempo de sangramento, 1'45"; taxa de hemoglobina, 12 grs. = 80 %; valor globular, 0,9; globulos brancos, 9.800; globulos vermelhos, 4.460.000; urina: reacção alcalina, não contem albumina, glycose, acetona e acido diacético; sedimento com raras cellulas descamadas, raros leucocytos isolados, rarissimas hematias e grande quantidade de carbonatos amorphos. Reserva alcalina 54,8 %. (dr. Sylvio Boock).



Calculos existentes na vesicula de M. M. Note-se o volume crescente das pedras, indicando o augmento progressivo da loja de Dufour.

Operação n.º 3.992 em 9 de outubro de 1935. Diagnostico clinico: cholelithiase; indicação operatoria: cholecystectomy; Anesthesista e cirurgião, dr. Eurico Branco Ribeiro; assistente, dr. João von Sonnleithner; anesthesia racheana com 3 cc. de Sclurocaina a 5 %, previa retirada de 12 cc. de liquor seguida de uma empola de Cardiazol-ephedrina subcutaneamente. Marcha da anesthesia, boa. Incisão longitudinal transrectal direita. Vesicula repleta de calculos, sem adherencias; isolamento do canal cystico e da arteria cystica; ligadura de ambos; cholecystectomy retrograda; peritonização parcial do leito da vesicula. Estomago e duodeno

de aspecto normal; fígado de aspecto normal. Fechamento da parede por planos sem drenagem.

Aberta a peça, verificou-se a presença de numerosos calculos multifacetados em séries de tamanho crescente. Encravado no cystico, proximo do colo da vesicula, havia um calculo facetado, que se moldava na loja alli existente.

Reserva alcalina no dia seguinte ao da operação, 56,7 %. Decurso post-operatorio sem accidentes. Alta hospitalar no 7.º dia.

Endereço: Caixa Postal, 1.574.

CITAÇÕES:

- 1 — Henri Dufour: "De quelques conditions favorables (loges) et défavorable (alcoolisme) à la production des calculs biliaires", Congrès International de la Lithiase Biliaire, II, 237, Vichy, 1932.
- 2 — Eurico Branco Ribeiro: "Sobre a cholelithogenese", Estudos Cirurgicos, I, 155, São Paulo, 1934.
- 3 — Giovanni Rago: "La calcolosi intramurale della cistifellea", L'Ospedale Maggiore, Milão, XX, 453, agosto de 1932.
- 4 — Félix Ramon, J. Dimitresco Popovici e H. Dany: "A propos de l'étiologie de la lithiase vésiculaire", Congrès International de la Lithiase Biliaire, II, 160, Vichy, 1932.
- 5 — A. Bernardes de Oliveira: "Nova theoria da formação dos calculos multiplos facetados", Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia, S. Paulo, XXIII, 212, março de 1932.

o melhor regulador do fígado e do intestino

SULFOBILINA

Sulfobilina

Laboratorio Gross - Rio de Janeiro

Enxofre colloidal, bile,
boldo, combratum,
podophyllum,
belladonna

Dose: 1 a 4 drageas
após as refeições

Senhor Doutor!

Ao pronunciar o "veredictum" da sciencia, lembrae-vos do

**Brometos
Valeriana
Passiflora
Guaraná**

PASSIBROMO

Em todos os casos de nevroses, insomnia, hysterismo, estados de angustia, erectismo cardiaco, etc.

DOSE: 3 COLHERES DE CHÁ POR DIA EM AGUA ASSUCARADA

MOVIMENTO SCIENTIFICO PAULISTA

Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo

SESSÃO DE 15 DE ABRIL

Presidente : DR. MARIO OTTONI DE REZENDE.

Assistencia social no Estado do Paraná — DR. H. VEIGA DE CARVALHO. — O A. refere-se á assistencia social do vizinho Estado, focalizando primordialmente, a parte medica e dando particular realce ás obras de assistencia aos menores abandonados, tendo palavras de entusiasmo para a organização da escola "Carlos Cavalcanti".

Depois de estudar a assistencia aos doentes e aos sãos, referiu-se, também, á parte medico-legal, elogiando suas installações.

Referindo-se a este trabalho, o presidente corroborou as palavras do orador com outras, suas, em que encareceu tal organização, modelar mesmo para estados de maior desenvolvimento economico que o do vizinho Estado.

Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE NEURO-PSYCHIATRIA, EM 5 DE MARÇO

Presidente : DR. JAMES FERRAZ ALVIM.

Ivan Pavlov em face da neuro-psychiatria — DR. JAMES FERRAZ ALVIM. — Depois de fazer referencia aos conhecimento que travou com Ivan Pavlov por ocasião do Congresso Internacional de Neurologia e de dar os traços biographicos do inelito sabio, resumiu o movimento

scientifico na epoca em que iniciou as suas extraordinarias experiencias para esclarecer o problema das funcções cerebraes.

Nestes ensaios os nomes de Pavlov e Bechterew estão intimamente ligados. A psychologia da reacção ou dos reflexos condicionados, que

IODEFIS

IODO PHYSIOLOGICO

PEPTIDIOS AN URÉTICOS COM 66,6% DE IODO.
CADA AMPOLA DE 2 CC. CONTEM 10 CENTS.
DE IODO. — CAIXAS DE 10 AMPOLAS DE 2 CC.
VIA INTRA-MUSCULAR OU ENDOVENOSA.



INSTITUTO THERAPEUTICO ORLANDO RANGEL - RIO DE JANEIRO

mais directamente prendem a nossa attenção, repousa num facto historico, que é a destruição dos valores, sobre os quaes repousava a psychologia classica. O fundamento desta psychologia é substituir "os estados de consciencia" pelos "reflexos neuropsychicos" considerados tanto em suas manifestações secretarias como motoras. Não se confundem com os reflexos ordinarios, porque importam em uma modificação da reacção actual sob a influencia da experiencia anterior do individuo. Para Pavlov, os "reflexos condicionados" constituem um passo no campo psychophysiologico e se no momento não apparecem com todas as resultantes das suas applicações immediatas ao homem, terão, sem duvida, relevante papel no esclarecimento do problema das funções cerebraes. Nos tres laboratorios em que aquelle sabio dirigia uma colmea humana, proseguem as pesquisas dos diversos reflexos os quaes, quiçá, ainda venham trazer novas luzes nos debates que vêm empolgando os psychologos e os physiologistas.

Valor semiologico do automatismo mental de Clérambault. Considerações em torno de alguns casos. — DR. ANNIBAL SILVEIRA. — O A. resume 9 casos pessoas de automatismo mental para justificar seus commentarios.

Procura mostrar: a) que o syndrome aludido merece individualização; b) que corresponde X a funções normaes ou pathologicas — diversas das quaes compromettidas nas allucinações; c) que é possivel estabelecer-se para cada sentido os órgãos a que correspondem os phenomenos de automatismo; d) que apresenta valor semiologico, utilisavel, portanto, para o prognostico, talvez para a therapeutica em psiquiatria e para ultteriores estudos anatomoclinicos, relativos principalmente aos nucleos cerebraes.

Commentarios. — O dr. James Ferraz Alvim agradece ao A. a apresentação do trabalho, que acha muito interessante; indiscutivelmente o dr. Annibal Silveira é um dos que mais têm estudado esta questão em nosso

meio e suas publicações focalizam cada vez mais o seu nome em torno deste assumpto.

Vanadio anionico — PROF. JAYME R. PEREIRA. — O A. communica o resultado obtido em verificação recente no Instituto de Pesquisas Technologicas da Escola Polytechnica de São Paulo com um producto á base de tartaro vanadato de sodio e no qual o vanadio foi constatado no estado anionico. Esta verificação apresenta particular interesse ante as conclusões dos varios AA. que attribuem ás meninges uma maior permeabilidade em relação aos anions do que aos cations e dahi a indicação do vanadio anionico para o tratamento da syphilis nervosa.

Commentarios. — O dr. James Ferraz diz que foi daquelles que mais se interessaram pelo emprego do "Tarvan"; Usou-o em serviço de molestias nervosas da Policlínica de S. Paulo. Emprega em larga escala aquelle preparado e os resultados têm sido os melhores possiveis.

As conclusões que o A. traz á Casa têm sido confirmados nos varios centros scientificos.

Que é a doutrina da consciencia celular? — DR. H. VEIGA DE CARVALHO. — O A. abordou o assumpto, definindo o que seja consciencia, determinando-lhe, em face da experimentação, o que deve entrar como constituindo a sua "semiotica". Em seguida refere diversas experiencias e verificações que auxiliam os defensores da doutrina e que são primordialmente as que se referem á inversão da hydra e modificação de seu corpo, sob o ponto de vista histologico, as de Ray como os cogumelos em cultura em meio agitado, as das culturas de tecidos e de reacção histiocytaria postmortal (estas originaes). Tocou assim o A. o problema da adaptação, referindo as doutrinas que as interpretam: a do Greador, a da selecção natural, a negativa, o Lamarchismo, etc., chegando á da consciencia celular que defende ser a cellula, por meio de sua consciencia, que realiza o phenomeno de adapta-

ção. Ainda o A. feriu a discussão em torno das memorias e da memoria hereditaria, criticando com argumentos favoraveis e contrarios esta hypothese. Por fim, o A. faz a critica geral accordando em que, quando a sciencia acaba, as verificações escasseiam, só fica o verbalismo. Se bem que seductoras, ainda ha que aprimorar os seus elementos de deza para ganhar foros de preferencia.

Commentarios. — O dr. Annibal Silveira acha o trabalho muito interessante e faz algumas considerações a seu respeito; acha que admittir que uma cellula de um organismo tenha consciencia seria levar um pouco longe a concepção de consciencia, seria fazer um jogo de palavras. Quanto á adaptação que se transmite não prova que a cellula quer, porque ha um principio mais geral na hereditariedade que diz que os caracteres adquiridos, quando por ommissão não se transmittem e quando por addição teem tendencia a se transmittir. O caracter adquirido nos casos citados pelo A. não foi querido, mas por accrescimento, tendendo a se transmittir, o que é outro ponto contra a theoria da consciencia cellular, pois nesse ponto não intervem a volição. Nas experiencias citadas houve uma reacção evidente mas não quer dizer que as cellulas tivessem consciencia, que ellas quizessem mudar de um lugar para outro; prova apenas que o organismo attendeu ás suas necessidades.

O dr. Jayme R. Pereira felicita o A. pelo seu trabalho e diz que deseja recordar outras experiencias que demonstram muito claramente essa questão de adaptação: trata-se da experiencia de Carey nos Estados Unidos, que, tomando gatos jovens enchia a sua bexiga com solução physiologica forçando a distensão da musculatura lisa que provoca a ex-

pulsão do liquido pela sua contracção. Repetia esta experiencia varias vezes e conseguiu que a bexiga assumisse esta função de diastole e systole como o coração. Esta adaptação não se verificou somente pelo lado dynamico do órgão porque cortes histologicos posteriores mostraram que esta musculatura lisa ficou igual á do coração, isto é, estriada. Isto vem mais uma vez focalizar a questão de "se o órgão faz a função ou se é a função que faz o órgão". Com relação á questão da herança deseja recordar as experiencias de Pavlov com seus estudos dos reflexos condicionados: demonstrou que a herança só se observa em relação ao instincto, isto é, aos reflexos incondicionados. Por isso é que uma criança ao nascer já sabe mamar porque isto é instincto, e por isso herdado, mas o que só apparece com a experiencia do individuo ella não herda, como por exemplo a leitura.

O dr. Hilario Veiga de Carvalho agradece aos collegas que o honraram ouvindo a sua exposição e acrescenta que não reforçaram e não contradisseram o que affirmou, mas sim a theoria da consciencia cellular, pois não se apresenta como seu defensor; essa theoria lhe é sympathica, mas não a defende. A experiencia citada pelo dr. Jayme Pereira é interessante pois mostra uma adaptação typica funcional e morphologica; podia-se discutir se essa adaptação foi querida ou não pelas cellulas.

O dr. James Ferraz Alvim agradece a communicação que é de grande interesse para todos porque quando se estuda a psychiatria esta questão apresenta sempre grande interesse. Não é preciso resaltar a importancia da communicação do dr. Hilario de Carvalho que traz uma contribuição da biologia, o que augmenta o seu valor porque todos sabem que a psychologia não marcha sem a biologia e a physiologia.

SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 10 DE MARÇO

Presidente: DR. ZEPHIRINO DO AMARAL.

Panaricio esporotrichosico — DR. ZEPHIRINO DO AMARAL. — O A., depois de fazer considerações sobre a raridade, diagnostico precoce e

tratamento do panaricio esporotrichosico, cita cinco casos, dos quaes tres são de observação pessoal, sendo um delles de forma mutilante.

Salienta que no diagnostico precoce é de grande importancia o ferimento inicial por espinho de roseira ou de outra planta. Salienta ainda a inefficacia dos tratamentos comuns para os panaricios, chamando a attenção para a via de escolha da medicação especifica da esporotrichose, que deve ser por via oral, devido a seu effeito continuo. Aconselha ainda, quando houver intolerancia dos pacientes, nos casos de administração do iodeto em alta dose, addicionar um pouco de tintura thebaica ou então de mistura com leite. Termina apresentando um paciente, no qual foi necessario a desarticulação metacarpo-phalangeana, pela gravidade do caso, pois que já havia esphacelo do dedo. A cicatrização se deu normalmente com o uso intensivo de iodeto de sodio na dose de 4,0 por dia. O A. pensa que os panaricios de forma grave produzidos pela picada de espinho de roseira de certos autores, mui provavelmente sejam devidos a uma infecção mycoseica ou ao estreptococco hemolytico.

Commentarios. — O dr. Sebastião Hermeto Jr. elogia o trabalho que é de real valor, tendo o A. passado em revista os pontos principais dessa questão dos panaricios por esporotrichose, salientando principalmente a questão do diagnostico, tratamento e origem da infecção mostrando que em geral esses panaricios por ferimentos por espinhos de roseira são esporotrichosicos.

O sarcoma do intestino delgado
— DR. PAULO DE ALMEIDA TOLEDO.
— O A., depois de expor o seu tra-

balho, conclue dizendo que, de todos os elementos de diagnostico, é o exame radiologico, o que nos permite com maior precocidade e segurança o esclarecimento de um caso de neoplasia do intestino delgado. Se nos lembrarmos que a chave de uma theraputica proficua é o diagnostico precoce e que nesse caso mais vale suppor um sarcoma que não existe, que ignora-lo quando existe, daremos ao methodo radiologico a primasia que lhe cabe na propedeutica do delgado. Applica-se aqui a phrase de Donati em relação aos colons: é sufficiente a suspeita para agir tanto melhor, quanto mais precoce for.

Commentarios. — O dr. Zephirino do Amaral acha o trabalho muito interessante e instructivo. Teve um caso em que o doente fez um exame radiographico e o diagnostico foi de carcinoma do colon descendente, sendo a imagem radiologica typica. Chamado como cirurgião examinou o doente e viu que elle tinha toda a symptomatologia de cancer do estomago, não se palpando nenhum tumor no colon descendente. Discordou pois do diagnostico de radiologista, affirmando que o doente tinha um tumor no estomago e não no colon descendente. Operou-se o doente e verificou-se que realmente elle tinha um carcinoma do estomago, nada se encontrando no colon descendente.

Foi ainda apresentado um trabalho pelo dr. Antonio Moreira sobre "Hernia diaphragmatica estrangulada".

SECÇÃO DE DERMATOLOGIA E SYPHILIGRAPHIA, EM 18 DE MARÇO

Presidente: PROF. AGUIAR PUPO.

Photo-sensibilização no tratamento do vitiligo (com apresentação do doente) — DR. JOÃO PAULO VIEIRA. — O A. apresenta um caso de tratamento do vitiligo pela fricção, pela essencia de bergamota e irradiação posterior pela luz de Kromayer. O A. cita diversos tratamentos pelas substancias photo-sensibilizadoras: hemato-porphyrina, alfazema, bergamota, trypaflavina, etc.,

achando que os melhores resultados são dados pela essencia de bergamota em fricção. Cita um caso em franca regressão das manchas achromicas, documentando com a apresentação da paciente. Na sua opinião, constitue a photo-sensibilização o melhor tratamento de vitiligo recente e nas formas localizadas. Mesmo assim não é methodo seguro, mas constitue nova arma therapeu-

tica no combate á tão inesthético syndrome cutaneo. Prefere a irradiação pela lampada de Kromayer após a sensibilisação pela essencia de bergamota. Os raios ultra-violetas são menos efficazes. Deve-se associar ao tratamento os banhos de sol, friccionando-se antes as partes achromicas com a substancia sensibilizante.

Commentarios. — O dr. Alcantara Madeira lembra os trabalhos de Freud, em que este aconselha o emprego da essencia artificial, e não a natural.

O dr. J. P. Vieira contesta, conferindo a prioridade desses estudos a Lustig e affirma ter tido os melhores resultados e cita o caso de uma cliente que empregava agua de Colonia e que, tendo estado na praia, lhe surgiu uma mancha pigmentada e conclue que foi devido á essencia de bergamota que é empregada na fabricação da agua de Colonia.

O dr. Walter Treuherz diz ter verificado a acção do oleo de bergamota; fracassou 2 vezes, mas uma vez teve resultados muito bons, tendo a impressão de que o oleo dá uma certa sensibilisação, mesmo sendo feito um pouco antes da applicação dos raios X.

O prof. Aguiar Pupo conta o caso de um menino que teve occasião de observar e que apresentava pigmentação em todas as partes descobertas, sendo mais pigmentada a fronte, em que a unica explicação encontrada para o caso foi a da existencia de hematoporphyrina no sangue. Soube-se então, que na occasião que começou a pigmentação tomára uns vermifugos fortes e de que não precisava. Foi a unica causa encontrada para explicar o que determinou um estado de photo-sensibilisação.

Refere o dr. Domingos Oliveira Ribeiro um caso interessante de sua clinica. Tratava-se de um paciente que usava agua de Colonia e ficou com pigmentação no pescoço, a qual cedeu facilmente pelo tratamento com agua oxygenada.

Um caso de lipoide cutaneo de Boeck, forma em placa (com apresentação do doente) — DR. J. DE

FONSECA BICUDO JR. — O A. apresenta um caso typico no ponto de vista clinico e histo-pathologico, dessa entidade morbida, que é considerada pela maioria dos AA. que delle trataram, como um syndrome com differentes etiologias. Entre estas sobresaem a tuberculose e, entre nós, a lepra. Trata-se de um menino de 13 annos, branco, brasileiro, com uma pequena lesão do rosto, datando de 10 annos. No caso presente o A. mostra que o paciente é portador de nodulos calcificados dos pulmões, além de outros caracteristicos que enumera detalhadamente, demonstrando de modo claro que no caso presente a etiologia é a tuberculose.

Commentarios. — O dr. Vicente Grieco hypotheca ao A. a grande attenção e interesse que merece o caso.

O dr. Carmine Donatti diz que seria interessante que se fizesse a inoculação em cobaias.

Pergunta o dr. Francisco Finocchiaro qual foi o tratamento.

O dr. J. Fonseca Bicudo Jr. diz que pretende empregar a electro-coagulação.

Refere o dr. Francisco Finocchiaro que ha mais de um anno expoz um tratamento de tuberculose e esporotrichose, no qual o iodo manifesta uma certa actividade com a irradiação secundaria de raios X, devido a formação de raios fluorescentes crepusculares. Num caso clinico que apresentou, o doente ficou curado de uma lesão extra-pulmonar regredindo tambem uma lesão pulmonar. Lembra a applicação do seu methodo no tratamento do lupoide de Boeck.

Enxerto de pelle total (com apresentação do doente). — DR. ANTONIO PRUDENTE. — Após considerações geraes sobre transplantações livres de pelle, classifica-as o A. em epidermicas, dermo-epidermicas e de pelle total. Mostra as vantagens e desvantagens de cada typo de enxerto, estudando em detalhe o enxerto de pelle total. Apesar de já terem sido empregado por Seiff e Krause, foram hodiernamente os seus grandes paladinos, Joseph, na Allemanha e Dufourmentel, na França.

O A. faz ainda considerações sobre a sua technica pessoal, mostrando como se podem obter bons retalhos da parede abdominal. Refere-se a 9 casos pessoais, projectando innumerados diapositivos de casos tratados por elle. Além disso, apresenta pessoalmente um paciente. Não teve insuccesso total em nenhum caso, observando apenas necroses parciais. Os resultados são bastante satisfactorios, havendo dentro de alguns mezes uma verdadeira adaptação do enxerto na região, perdendo a pelle enxertada aos poucos os seus caracteres differenciaes. Os casos apresentados pelo A. foram todos de neoplasias extirpadas, sendo feitos os enxertos tanto em feridas recentes, como sobre tecido de granulação.

Commentarios. — O dr. Aguiar Pupo agradece ao A. a brilhante colaboração que trouxe, realçando a sua importancia na Dermatologia e em esthetica e pede ao A. que apresentasse uma sumula do seu processo, da sua pratica e da sua experiencia.

Apresentação de um caso de porokeratose de Mibelli — DR. VICENTE GRIECO. — O A. refere um caso do porokeratose de Mibelli, molestia muito rara, que observou na face externa do ante-braco direi-

to, logo acima do cotovello, de uma mulher branca, brasileira, filha de italianos, de 38 annos, casada. Tratava-se de uma lesão do tamanho um pouco maior do que uma moeda de 400 réis, com a pelle da area central accentuadamente atrophada, levemente escamosa; era limitada em toda a sua circumferencia atrophada, por um bordelete papuloso elevado. Em toda a extensão desse bordelete, notava-se um sulco, do fundo do qual emergia uma lamina cornea, parecendo uma crista, muito adherente e que ultrapassava um pouco a altura do bordelete. A lesão datava de cerca de 6 a 8 annos tendo começado por uma elevação muito pequena que cresceu lentamente. Nega que tivesse parentes soffrendo da mesma molestia. Foi feita uma biopsia do bordo da lesão, e o exame histologico mostrou o seguinte: ao nivel do bordelete notava-se accentuada acantose, hyper-glandulose e hyper-keratose da epiderme. Num ponto, a camada cornea penetrava profundamente até proximo á camada granulosa, notando-se na camada cornea a presença de nucleos (parakeratose). No derma notavam-se numerosos focos de pequenas cellulas, constituídos principalmente por lymphocytos e os vasos apresentavam accentuada dilatação.

SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 12 DE MARÇO

Presidente: DR. VICENTE BAPTISTA.

Incidencia e frequencia de parasitas nas fezes de pre-escolares e escolares do Centro de Saude Modelo do Instituto de Hygiene — DRS. VICENTE LARA e PEDRO EGYDIO DE CARVALHO. — Em longa e minuciosa exposição analysam os AA. os resultados que obtiveram em um inquerito que procederam entre as crianças que frequentaram o Centro de Saude do Instituto de Hygiene, no periodo da manhã, durante os meses de setembro de 1934 a setembro de 1935.

O trabalho lastra-se sobre um total de 453 crianças, 183 pré-escolares e 270 escolares. Nas pesquisas feitas interessaram-se os AA. somente pelos helminthos e protozoarios pathogeni-

cos que são estudados cada um per si. Além dos commentarios que fazem a respeito delles, estabelecem os AA. um paralelo entre os dados que colligiram e os alcançados por outros pesquisadores em demais unidades do Paiz.

Merecem especial menção as apreciações feitas sobre a raridade da "Entamoeba histolytica" nas crianças paulistanas — facto esse, que um dos AA., prometteu ventilar em uma das proximas reuniões desta Secção — e sobre o "Hymenolepis diminuta" que parece ser relativamente frequente, no Estado, segundo affirmam diversos estudiosos do assumpto, embora tenham os AA. somente deparado, em seus casos a especie *nana*.

Frequencia de Parasitas nas fezes dos pre-escolares:

Total dos casos, 183; Parasitados, 161 ou sejam 87,98%; Não parasitados, 22 ou sejam 12,02%; Parasitados exclusivamente com protozoarios, 20 ou sejam 12,42%; Parasitados exclusivamente com Helminthos, 102 ou sejam 63,35%; Parasitados exclusivamente c/infestação mixta, 39 ou sejam 24,22%.

Frequencia dos parasitados:

300 sobre 161 casos de positividade ou sejam 1,86 parasitos para um resultado positivo.

Trichocephalos = 91 ou seja, ... 56,52% de casos positivos e 30,33% do total de parasitos.

Ascaris = 86 ou sejam 53,42% de casos positivos e 28,67% do total de parasitos.

Giardia = 53 ou sejam 32,92% de casos positivos e 17,67% do total de parasitos.

Necator = 20 ou sejam 12,42% de casos positivos e 6,67% do total de parasitos.

Hymenolepis = 15 ou sejam 9,32% dos casos positivos e 5,00% do total de parasitos.

Frequencia de parasitos nas fezes dos escolares:

Total dos casos, 270; Parasitados, 244 ou sejam 90,37%; Não parasitados, 26 ou sejam 9,63%; Parasitados exclusivamente com protozoarios, 7 ou sejam 2,87%; Parasitados exclusivamente com helminthos 202 ou sejam 82,79%; Parasitados exclusivamente c/infestação mixta, 35 ou sejam 14,34%

Frequencia dos parasitos:

559 sobre 244 casos de positividade, ou sejam 2,29% parasitos para um resultado positivo.

Trichocephalos = 195, ou sejam 79,92 de casos positivos e 34,88% do total de parasitos.

Ascaris = 143 ou sejam 58,61% do casos positivos e 25,58% do total de parasitos.

Necator = 96 ou sejam 39,34% dos casos positivos e 17,17% do total de parasitos.

Giardia = 38 ou sejam 15,57% dos casos positivos e 6,80% do total de parasitos.

Strongyloide = 27 ou sejam ... 11,07% dos casos positivos e 4,83% do total de parasitos.

Hymenolepis = 26 ou sejam 10,66% dos casos positivos e 4,65% do total de parasitos.

Enterobio = 18 ou sejam 7,38% dos casos positivos e 3,22% do total de parasitos.

Trichomona = 9 ou sejam 3,69% dos casos positivos e 1,61% do total de parasitos.

Tenia = 4 ou sejam 1,64% dos casos positivos e 0,72% do total de parasitos.

Chilomastix = 3 ou sejam 1,23% dos casos positivos e 0,54% do total de parasitos.

Do estudo feito comparativamente entre os pré-escolares e os escolares infestados chegaram os AA. as seguintes conclusões:

1.^a) Quer entre os pré-escolares, quer entre os escolares, a porcentagem de individuos parasitados é maior do que a de não parasitados.

As diferenças observadas neste sentido, em um e outro grupo tem 100% de probabilidades de não dependerem do material em estudo.

2.^a) Não se pode afirmar categoricamente que a porcentagem dos parasitados em geral, seja maior entre os escolares do que entre os pré-escolares.

Ha, apenas, 58% de probabilidades para que a diferença existente entre as porcentagens de resultados positivos, encontrados para os 2 grupos, não dependa de amostra analysada.

3.^a) Seja entre os pré-escolares, seja entre os escolares, a porcentagem da infestação helminthica é, positivamente maior do que a infestação por protozoarios. Esta conclusão é confirmada.

a) pela acareação, em um e outro grupo, dos parasitados exclusivamente por protozoarios e helminthos.

b) pelo cotejo nos dois grupos estudados, entre a porcentagem dos infestados por "protozoarios" tomados isoladamente ou em combinação com os helminthos, e, a

porcentagem dos parasitados por helmintos tomados individualizadamente ou em associação com os protozoários.

4) A porcentagem da infestação por protozoários é indiscutivelmente maior entre os pré-escolares do que entre os escolares. Esta asserção é sancionada pelos seguintes elementos estatísticos:

a) Comparação entre as porcentagens dos parasitados exclusivamente por protozoários, em um e em outro grupo, tomando-se como base seja o total de casos positivos, seja o total de observações.

b) Confronto entre as porcentagens dos parasitados por protozoários, tomados isoladamente ou em combinação com helmintos, em um e em outro grupo, tomando-se como base quer o total de casos positivos, quer o total de observações.

c) Paralelo entre as porcentagens dos parasitados por infestação mixta. Esta acareação é de enorme valia, pois, se admitissemos que tanto em um como em outro grupo fosse a frequência dos parasitos relativamente a mesma era de se aceitar, implicitamente, que em razão do maior índice de helmintos verificados nos escolares fosse a infestação mixta maior na idade escolar do que na pré-escolar. Ora, como acabamos de ver, é justamente o opposto que succede. A diferença tem 98,92% e 98,18% de probabilidades de ser significativa, conforme a base utilizada.

d) Confrontação realizada pelo methodo de coefficiente de correlação de Person, entre a porcentagem da positividade para protozoario, em cada idade e o factor idade. Tal comparação nos indica uma correlação negativa muito accentuada ($r = -0,95$) entre as duas variaveis consideradas, positivando desta forma, de modo evidente, que á medida que augmenta a idade decresce a frequência relativa da infestação por protozoários.

Este resultado deve ser tomado em grande apreço, uma vez que os erros padrão e provavel do coefficiente de correlação (0,03 e 0,02 respectivamente) são praticamente desprezíveis, sobretudo, se se levar em conta o altissimo valor de "r".

5) Ha sem duvida, uma predominancia da infestação helmintica dos escolares, sobre os pré-escolares. Esta deducção é attestada:

a) por comparações analogas as duas primeiras da "Terceira conclusão";

b) pelo coefficiente de correlação entre idade e porcentagem de positividade para helmintos em cada idade separadamente (+ 0,68). A intensidade da correlação não é aqui tão accentuada como a precedente $r = 0,68$. O erro previsivel é muito maior +0,17. A explicação da maior porcentagem helmintica nos escolares pode, ser, em parte, a nosso ver, a seguinte: as helmintoses são habitualmente affecções que levam tempo variavel e indeterminado para trahir de algum modo, quer subjectiva quer objectivamente, a sua presença.

Pode mediar consequentemente grande lapso entre o momento real da infestação e o do diagnostico, graças ao exame parasitologico das fezes induzindo dessa sorte que sejam attribuidos ás idades mais avançadas casos cuja origem se reportaria, na verdade, a uma época muito anterior.

Acontece assim, por exemplo, que casos que deveriam pertencer ás ultimas idades do periodo pré-escolar poderiam ser relatados como pertencentes ás primeiras idades do periodo escolar.

Este erro tenderia a augmentar a porcentagem da positividade nas idades mais avançadas, podendo assim dar origem a um augmento do coefficiente de correlação que sem elle tenderia a diminuir.

Seria indamissivel, de accordo com a hypothese emitida, que é legitima para o caso presente, interpretar, tambem as deducções que figuram na "terceira con



Fortamin Tônico Schering

Tônico moderno, puramente vegetal, de acção physiologica

"Fortamin" é o primeiro preparado que contém os princípios activos de substancias amargas em forma pura e concentrada. Desperta o appetite e exerce uma acção tónica sobre o organismo inteiro.

Pela sua innocuidade absoluta (pois não contém arsenico, nem estrychnina, cafeina, etc.) é o tônico por excellencia para os debilitados, creanças e convalescentes.

Emballagem original: Frasco de 200 c. c.

SCHERING - KAHNBAUM LTDA.
Rio de Janeiro—Caixa postal 540 São Paulo—Caixa postal 2127

**Tratamento da SIFILIS em qualquer periodo,
em adultos e crianças**

NATROL

(Tartaro bismutato de sodio)

*Espirilicida energico, HIDRO-SOLUVEL, ATOXICO,
INDOLOR á injeção.*

Magnificos resultados nas **anginas agudas não especificas**, conforme observação do autor do processo, Dr. Aristides Monteiro. ("O Hospital", Outubro de 1934).

2 c. c. = 0,038 Bi

NATROL (pomada) - Cicatrizante, espirilicida de acção local.

CARLOS DA SILVA ARAUJO & CIA.
Caixa Postal, 163 Rio de Janeiro
Filial em SÃO PAULO: Rua 11 de Agosto, 20

RAIOS X

Gabinete de Radiologia

do

Dr. J. M. Cabello Campos

Medico Radiologista da Sta. Casa, do
Instituto de Hygiene e dos Centros de
Saúde do Serviço Sanitario do Estado
de São Paulo.

RUA BARÃO DE ITAPETININGA, 10

SALAS 316, 317 e 318

Telephone: 4-0655

SÃO PAULO

Lutz, Ferrando & Cia. Ltda.

RIO DE JANEIRO — SÃO PAULO

Rua Direita, 5 - Phone, 2-4998 - São Paulo



CIRURGIA:

*Moveis asepticos, Salas de operações e esterilizações.
Instrumental cirurgico.*

Montagem completa para Hospitais e Casas de Saude.

CHIMICA:

Microscopia, Bacteriologia, Physica, Historia Natural.

Corantes e Reagentes para Laboratorios.

Material de Leitz.

ELECTRICIDADE:

Instalações completas de aparelhos de Raios X.

Electricidade medica, Diathermia, Ultra-violeta.

Infra-vermelho.

clusão". Pois o erro actuando, como vimos, de forma a provocar uma relação positiva, far-se-ia, portanto, sentir em um sentido contrario ao da relação negativa verificada entre idade e forma a provocar uma relação positiva, far-se-ia, portanto sentir em um sentido contrario ao da relação negativa entre idade e protozooses. Sem a sua influencia tal relação já tão intensa poderia, talvez, ainda ser maior.

6) Verifica-se que entre os pré-escolares ha uma maior tendencia para o mono-parasitismo que entre os escolares. Esta illação é corroborada :

a) pelo facto de terem as duas porcentagens de resultados positivos cerca de 99% de probabilidades de ser verdadeiras neste sentido.

b) attendendo que entre os pré-escolares para cada resultado positivo ha 1,86% parasitos emquanto que nos escolares tal cifra se eleva a 2,29.

SECÇÃO DE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIA, EM 17 DE MARÇO

Presidente : PROF. A. PAULA SANTOS

Nevralgias faciaes por dentes inclusos - DR. MARIO OTTONI DE REZENDE. — O A. apresenta, depois de discorrer sobre as nevralgias faciaes de diversos typos e causas, 2 casos de nevralgias faciaes, datando de varios annos, que foram resolvidos, apenas, com a extracção, por trepanação, dos dentes inclusos que eram em ambos, dentes caninos. Em um dos casos havia, tambem, complicações para o lado do appparelho vestibular: vertigem, nauseas e ligeira perturbação da marcha. Estes symptomas desapareceram com a intervenção cirurgica. Chamou a attenção de seus collegas sobre a necessidade de, em casos semelhantes, pensar-se na possibilidade desta causa.

Commentarios. — Diz o dr. F. Hartung que todas as communicações do dr. Ottoni brilham pela novidade do assumpto e pelo modo de exposição, trazendo á Secção sempre assumptos de interesse e oportunidade, como o trabalho agora apresentado. Já teve oportunidade de observar um caso de nevralgia facial devido a um dente incluso no maxillar inferior, tendo a extracção do dente dado resultados semelhantes aos obtidos pelo dr. Ottoni de Rezende. Um assumpto que tem certa relação com este e que está em voga na America do Norte é a questão da possibilidade da infecção focal do acustico dependente

de infecções de qualquer natureza nas raizes dos dentes, embora essa questão de infecção focal já esteja sendo considerada com mais selecção, havendo já uma reacção contra a extracção dos dentes. Observou dois casos de infecção focal do acustico dependente de infecção de raiz de dentes: os dentes tinham zoadas, zumbidos no ouvido cuja unica causa etiológica era uma infecção dentaria tendo tido bons resultados com a extracção dos dentes com raizes infectadas.

O dr. Paulo Saes acha que o dr. Ottoni fez muito bem em chamar a attenção para a nevralgia, que é muitas vezes o que revela o dente incluso; quando não ha nevralgia quasi sempre esse dente passa desaperecebido necessitando-se a radiographia para encontrá-lo. Teve um caso de um dente heterotopico, situado entre o septo e o corneto medio, que dava nevralgias no dorso do nariz. O dente foi retirado, tando o dr. Locchi identificado como um canino; o dente era heterotopico e supranumerario, porque o doente tinha os quatro caninos normaes. O canino é o dente supranumerario que mais raramente apparece.

Diz o dr. Ribeiro dos Santos que deseja salientar o facto de que nos tres casos apresentados pelo dr. Ottoni, os doentes eram todos do sexo feminino. E' sabido que o maxillar inferior soffre um pro-

cesso de regressão, de atrophia passando dos antropoides para a raça negra e desta para a branca e se considerarmos qualquer raça como a branca por exemplo, vemos que o seu desenvolvimento varia conforme o sexo, sendo mais desenvolvida no homem do que na mulher; seu desenvolvimento varia também de accordo com a classe a que pertence o individuo: nos intellectuaes o maxillar inferior é menos desenvolvido que nos homens de classes menos elevadas. Ora, nesse processo de atrophia é preciso levar em consideração uma lei de anatomia que diz que quando um órgão se atrophia, as suas partes mais activas são as que se atrophiam primeiro. O dente é menos activo que o maxillar inferior de modo que não ha relação entre a atrophia do dente e a do maxillar sendo a atrophia deste maior, o que explica a maior tendencia á inclusão de dentes nas mulheres que nos homens, nas classes superiores que nas inferiores.

O dr. Quintella diz que a Associação dos Dentistas desejando fazer uma homenagem á Secção de Oto-rhino-laryngologia, apresenta 13 casos de dentes inclusos, produzindo nevralgias que desapareceram com a extracção. Na clinica verifica-se que são os terceiros molares inferiores os que mais frequentemente são inclusos. A inclusão dos dentes é mais uma questão de hereditariedade pois observou em uma familia 13 casos de dentes inclusos e em outra 6 casos. A seguir apresenta varias radiographias de dentes inclusos.

O dr. Mario Ottoni de Rezende diz que está convicto que a infecção focal pode dar nevralgias e até paralisias dos nervos craneanos; observou um caso de nevrite do 8.º par craneano que cedeu com a extirpação das amígdalas. Quanto á explicação embryologica desses casos de dentes inclusos, tão intelligentemente exposto pelo dr. Ribeiro dos Santos, sabe-se que a falta do desenvolvimento do maxillar produz uma falta de lugar para um dente que fica incluso. O dr. Quintella se refere que os

dentes inclusos mais communs são os terceiros molares; depois delles os mais communs são os caninos. Nos casos de nevralgia facial deve-se sempre andar attento e lembrar-se sempre da possibilidade de um dente incluso.

O prof. Paula Santos agradece a apresentação do trabalho muito interessante, como ficou demonstrado pelos commentarios que despertou.

Sobre um caso de fractura do osso malar com queda do assoalho da orbita. Operação plastica — DR. HUGO RIBEIRO DE ALMEIDA. — O A. levou um caso de fractura do osso malar, com penetração do angulo inferior do seio maxillar e queda do assoalho da orbita. Operou o caso pela via do seio maxillar, tendo feito o levantamento do osso fracturado. Tendo encontrado 2 escurículas, provenientes da parede anterior do seio maxillar o A. as retirou. Havia um coagulo sanguineo no seio. O doente apresentava entre os symptomas uma diplopia. Illustrou a observação com radiographias antes e depois de operado e apresentou o doente completamente restabelecido das lesões.

Commentarios. — O dr. Mario Ottoni Rezende diz que nesses casos de fractura dos ossos da face não é muito frequente obter resultados tão bons como os obtidos pelo dr. Ribeiro de Almeida. No caso apresentado a recomposição foi quasi que anatomica e effectuada com rara felicidade como se pode perceber pela palpação. Durante a revolução de 1932 no desastre em que falleceu o coronel Salgado, o coronel Moya recebeu um estilhaço que fracturou o maxillar superior. De inicio, devido ao medo de uma infecção, deixou a fractura tal qual estava, sem tentar a recomposição de especie alguma, tentando apenas collocar o osso em sua posição por via buccal, sustentando-o por meio de gaze. Houve uma suppuração abundante, mas ao fim de um mês começou a melhorar e no fim de 2 ou 3 meses estava completamente bom; apenas os dentes

não se articulavam bem. Nestas fracturas o perigo é a osteomyelite que quando invade essa região acaba com a morte do doente ou na melhor das hypothèses deixa a mancha indelevel da sua passagem. Outro caso era o de um menino que trabalhava com uma machina que se desorganizou e um estilhaço de cerca de 5 cms. de comprimento e 2 de largura penetrou pela borda orbitaria para dentro do molar com exenteração do olho. Teve receio de retirar o estilhaço pensando na grande hemorrhagia que poderia sobrevir, devido á abundante irrigação dessa região depois porem, conseguiu retirar esse estilhaço e reconstituiu mais ou menos o maxillar inferior e o rebordo orbitario, tendo o menino ficado completamente bom. Dahi por deante perdeu o receio desses casos. A irrigação profunda e abundante dessa região é a causa da reconstituição rapida desses tecidos.

O dr. Rebello Neto felicita o A. pelo resultado desse caso de fractura do maxillar com penetração de fragmentos, operado pouco tempo depois do traumatismo. A conducta do cirurgião nesses casos de fractura e penetração dos ossos da face varia conforme o lapso de tempo decorrido entre a data da fractura e a da intervenção. Nos casos de fracturas recentes, isto é, até de 10 ou 15 dias no maximo, não ha duas conductas a seguir: a redução deve ser immediata. No caso presente a redução foi feita por via buccal. Faz resalva sobre a excellencia do processo usado: é verdade que os resultados anatomicos foram nesse caso muito bons, mas ha sempre que temer um incidente infeccioso, o que não é de se estranhar nos traumatismos da face, maxime quando ha compromettimento do antro e quando ha comunicação com a cavidade buccal. Pergunta pois se não seria preferivel intervir por via externa, isto é, fazendo uma tracção sobre o malar com uma pinça de garras, o que não determinaria cicatriz nenhuma, pois as duas pequenas cicatrizes causadas pelas gar-

ras da pinça são invisiveis. Evita-se assim a abertura com a cavidade buccal que sempre pode causar uma contaminação do foco da fractura. Deve-se entretanto notar que o methodo empregado pelo dr. Ribeiro de Almeida tem o apoio de muitas autoridades. A hemorrhagia antral, no caso de se fazer a redução por via externa por meio de uma pinça, é bem tolerada, e não ha infecção. Nos casos de fracturas antigas, de mais de 15 dias a conducta do cirurgião é varia. Quando já ha consolidação da fractura é muito difficil intervir; uns aconselham a tentar o levantamento do esqueleto e outros que se proceda ao levantamento da borda orbitaria por meio de um enxerto com cartilagem, osso ou marfim, como aconselham Gill, Gillies, Blair e Brown, que é o mais tolerado e é o que prefere pessoalmente.

Refere o dr. Hugo Ribeiro de Almeida que praticou a operação porque era necessario retirar os sequestros e alem disso não se sabia se havia ou não uma fractura da apophyse montante do maxillar.

Diz o dr. Ribeiro dos Santos que uma cousa é discutir a questão em these e outra é ter o doente diante de si. No caso apresentado teria agido como o dr. Ribeiro de Almeida, porque se tratava de um caso de fractura em que a radiographia foi pouco elucidativa, devendo-se suspeitar da presença de sequestros e infecção e alem disso o sangue no antro nem sempre é reabsorvido, de modo que acha que se se tivesse esperado teria sido peor.

O prof. dr. A. Paula Santos agradece aos commentarios de todos e diz que deseja falar alguma cousa a respeito do que disse o dr. Rebello sobre o assumpto. Acha que a conducta seguida no caso presente foi boa por uma serie de razões. Quanto ao tempo em que se praticou a operação, ninguém é culpado, pois o doente só appareceu tres dias depois do traumatismo; quanto á via escolhida, resolveu-se operar

por via interna em virtude do que mostrava a radiographia. Pensou-se que havia muito sangue e sequestros no antro de modo que aquella via era a mais accessivel para a drenagem. Além disso o perigo de infecção não é muito grande; quando não se pratica a drenagem a presença do coagulo no seio é quasi sempre causa de infecção com suppuração de grande feidez que não cessa, tornando o tratamento muito longo.

Sobre um methodo de tratamento de ozena (Nota previa) — DR. HORACIO DE PAULA SANTOS. — Relatou uma serie de 20 casos, operados pelo A. e pelo dr. Hugo Ribeiro de Almeida, pelo methodo do dr. Alcaino do Chile, realizados na Policlínica de S. Paulo, no Serviço do dr. J. J. da Nova, nestes ultimos 3 meses. Refere-se aos bons e maus resultados colhidos, sem se referir definitivamente sobre o valor do methodo. Descreve a technica que consiste em introduzir um fragmento em cunha, de cera rosea do White, usada pelos dentistas no assoalho nasal, por via submucosa. Apresenta um dos casos operados, que é examinado pelos collegas presentes.

Commentarios. — O dr. Rebello Neto diz que tomou a palavra para dizer alguma cousa a respeito desse assumpto, sobre o qual tem alguma experiencia. O seu interesse é despertado por tres motivos: 1.º pelo interesse humanitario; 2.º porque tem usado no tratamento substancias plasticas que lhe são familiares e em 3.º lugar porque a ozena causa uma deformidade externa com frequencia. Nos primeiros trabalhos usou a cortiça para diminuir o ambito da fossa nasal; o caso mais velho dos que empregou esse tratamento, é de 4 annos com tolerancia perfeita. Utilizou essa technica em muitos outros casos mas acabou desistindo porque a eliminação era relativamente frequente. Todavia, um caso em que fez esse tratamento ha 4 annos, observou a tolerancia perfeita, como já disse. Passou então a

usar o marfim que é mais plastico, e tolerado muito mais facilmente; o processo é o mesmo, havendo apenas a substituição da cortiça pelo marfim. Empregou o marfim em varios casos. Não publicou ainda os resultados mas tem observado uma boa tolerancia, havendo muito raramente eliminação. Quando isso se dá é devido ao facto de ser ás vezes o pedaço excessivamente grande. Quanto ao methodo que o dr. Paula Santos apresentou, não é mais do que uma modificação de outros processos que se encontram citados por Hutter, Henke, Wollamineky, Mentzel, e outros na litteratura: descollamento da mucosa e collocação de um pequeno pedaço que, para os autores acima é a parafina. Tem muito boa impressão do tratamento plastico nessa molestia, aliás já usado por Pollock e como esses processos são tão simples deve-se tentar sempre, de accordo com cada caso. O A. tem a impressão de que seria vantajoso empregar uma substancia que tenha acção hormonal sobre a mucosa nasal.

O dr. Ribeiro dos Santos diz que a ozena constitue um grande x ainda hoje em dia. Para se discutir o seu tratamento é preciso que se façam algumas considerações a respeito de seus symptomas. Como symptomas de primeira ordem da ozena temos os seguintes: as crostas, a atrophia da mucosa a atrophia do esqueleto e a hyposmia. Cada um destes symptomas de primeira ordem vae dar symptomas de segunda ordem, como obstrucção nasal, obstrucção das trompas o que dá perturbações auditivas, etc.. Os symptomas de segunda ordem dão os de terceira ordem etc.. Quanto á causa da molestia, é desconhecida. Quanto ao tratamento, o que nunca se deixa de fazer, é remover as crostas, com o que se consegue remover os symptomas de terceira ordem. O processo relatado pelo dr. Horacio de Paula Santos tende a combater o augmento de amplitude das fossas nasales. Acha que sempre se deve corrigir esse augmento de

amplidão das fossas nasaes, porque esse symptoma traz varias consequencias. A primeira destas é a metaplasia da mucosa que se transforma em pelle devido á keratinisação da mesma. Para haver a keratinisação é preciso haver ausencia de humidade e ausencia de ar. Ora, na ozena ha tendencia para que a mucosa se seque e a amplidão das fossas nasaes traz uma diminuição de ar, de modo que se dá a keratinisação da mucosa. Acho então que devemos principalmente tratar de eliminar esse augmento de amplidão das fossas nasaes na ozena. O processo do dr. Horacio Paula Santos apenas levanta o assoalho das fossas nasaes de modo que não é completo. Quanto á explicação dada por Alcaïno, o autor do methodo, não satisfaz porque os resultados desse methodo não podem ser apenas devidos a uma irritação. Todo corpo estranho no organismo é ou eliminado, ou enkystado, ou phagocytado. No caso do dr. Horacio o corpo extranho fica enkystado, podendo agir como irritante apenas no inicio perdendo depois essa função. Quando se elimina tambem a irritação termina, de modo que a explicação dada não satisfaz. O tecido epithelial soffre transformações de accordo com a

sua vitalidade e com o irritante. No nariz a corrente do ar age como o irritante natural, de modo que na ozena, com a mucosa já transformada, quando se aproxima das condições naturaes, a mucosa tambem volta ao estado natural. No tratamento da ozena portanto deve-se empregar um processo que diminua as fossas nasaes reconduzindo-as ao estado natural o que faz com que a corrente de ar vá agir sobre o epithelio, fazendo-o voltar ás condições normaes.

O dr. Horacio Paula Santos agradece aos collegas que commentaram o seu trabalho.

Diz o prof. Paula Santos que toda discussão em torno da rhinite atrophica fetida redundaria mais ou menos nos mesmos resultados porque todo tratamento desse processo deve ser mais ou menos empyrico, pois não podemos tratar a ozena racionalmente por ignorarmos o que ella é. Na ozena devemos sempre pensar no lado social da molestia, pensando sempre na fetidez; se o methodo do dr. Horacio Paula Santos livra o doente dessa fetidez, devemos emprega-lo pois é muito simples. No tratamento da ozena ha innumeros methodos que nada mais são do que variantes do mesmo processo.

SECÇÃO DE MEDICINA, EM 20 DE MARÇO

Presidente: DR. J. A. MESQUITA SAMPARIO

Immuno-transfusão (Conferencia) — DR. CRUZ LIMA (do Rio de Janeiro). — Estando na ordem do dia a immuno-transfusão, traz o A. a contribuição clinica do Centro de Investigações e estudos do Serviço de Transfusão de Sangue.

Traça de inicio os limites da immuno-transfusão. Relembra os primeiros trabalhos de Wright e de seus discipulos Colebrook e Storer. Assignal as modificações introduzidas por diferentes autores e chama a attenção para a diversidade de processos que

são englobados sob a mesma denominação, muitas vezes impropria, de immuno-transfusão.

De accordo com Tzanck e Abrami, faz a distincção entre vaccinação e vaccinotherapie e entre os processos que lhes são derivados, a immuno-transfusão propriamente dita e a phylactotransfusão.

A proposito da immunidadé typhica, estuda os phenomenos allergicos peculiares a essa infecção.

Passa, em seguida, a relatar as oitenta observações que serviram de base á sua palestra e das quaes

58 são de immuno-transfusão, 14 de transfusão simples e 8 de indivíduos que receberam os dois tipos de transfusão.

Fazendo o paralelo entre os resultados colhidos com a transfusão simples e com a immuno-transfusão, assigna a que a porcentagem de mortes foi para o primeiro processo de 78% e para o segundo de 51%.

Estudando os resultados obtidos com a immuno-transfusão nas diferentes infecções, assigna a que a porcentagem de mortes em cada uma: 64% nas estreptococcias, 50% nas estaphylococcias e 32% em infecções de causa indeterminada.

Em 7 casos de infecção typhica foram registradas 5 mortes. O A. chama a atenção para o facto de ser alta a porcentagem de mortes dependentes em grande parte das pequenas doses de sangue empregado e do uso tardio da immuno-transfusão, fazendo notar que em muitos casos a transfusão foi feita já em estado agonico. Preconiza as altas doses — 400 a 600 c.c. de sangue — iniciadas precocemente e repetidas de 48 em 48 horas, até ser obtida a outra integral.

Diz, finalmente, que do estudo das observações parece transparecer o perigo de emprego da immuno-transfusão em casos de tuberculose pulmonar.

Febre intermitente syphilitica num antigo malarico — DR. J. BARBOSA CORREIA. — Na 2.^a Medicina de H. da Santa Casa teve um doente, desde dezembro, que tinha febre e sem horario preciso, acompanhada de calafrios e suores abundantes; procurou um primeiro medico que fez tratamento malarico, sem melhorar a febre; procurou um segundo medico que insistiu no tratamento malarico. Foi de Wenceslau Braz para Presidente Prudente e lá um medico fez o diagnostico de paratypho. O A. fez o exame de sangue e pelo exame clinico, verificou umas manchas apagadas proprias de uma syphilis secundaria;

tremia muito e durante os accessos sobretudo, sentia dores no hombro. No exame verificou que o baço estava augmentado e o figado palpavel. Ficou então na duvida se se tratava de malária ou syphilis. Pensou poder eliminar a malária, pois o exame de sangue nada revelou após injeção de adrenalina. Mesmo que fosse positivo não estava resolvido o caso. A reacção de Wassermann foi fortemente positiva mas isso ainda não resolvia tudo. O individuo soffrera de uma ulcera no dorso do penis, tendo soffrido uma lympho granulomatose. O dr. Lindenberg e o A. observou as manchas após a preparação de laminas, ao ultramicroscopio, que se tratava de syphilis. O doente lembrou-se que tinha tido uma "feridinha" no prepucio fizemos o tratamento de 914, mas os seus successos febris eram intermitentes. Martelli diz que para differenciar a febre syphilitica intermitente da malária, deve-se levar em conta: que na malária os accessos são de manhã e bem nitidos, a febre syphilitica é tardia; o calafrio e suor são typicos na malária, mononucleose na malária, lymphocytose na febre syphilitica. O doente do nosso caso tinha uma cosinophilia elevada.

Commentarios. — O dr. Alves Meira pensa que o dr. Barbosa devia ter tentado a therapeutica do mercurio.

O dr. Cruz Lima refere ter observado no Serviço do Prof. Austregesilo casos que podem ser assemelhados ao apresentado. Desejava saber se depois do tratamento houve alguma mudança no baço e figado.

Informa o dr. Barbosa Correia que nada se observou.

Pensa o dr. Cruz Lima que a elevação da cosinophilia, seja explicada pelo "914".

Confessa o sr. presidente que não conhecia essa acção do "914" e pensa que podia ser pesquisado o cystecercus, pois trata-se de um habitante rural, com elevada cosinophilia!

O dr. Barbosa diz que em primeiro lugar para a syphilis secundaria o remedio é o 914 e é preciso levar em conta os interesses o do doente e não do diagnostico —

a malaria evolue lentamente, e não foi pela prova do 914 que se teve a verdadeira prova do syphilis, mas sim pelas lesões e ultra-microscopico.

SECÇÃO DE TISIOLOGIA, EM 24 DE MARÇO

Presidente : DR. FLEURY DE OLIVEIRA

Thoracoplastia alta em associação ao pneumothorax artificial — DR. A. FARNESI. — O caso refere-se a um rapaz solteiro, portador de lesões em toda a extensão do pulmão direito; colapso prejudicado por larga adherencia, persistencia de bacilos. Fez a experiencia da thoracoplastia complementar. Augmentou o colapso, e houve no peso do paciente um augmento de $3\frac{1}{2}$ kg. O A. passa a mostrar chapas, enquanto se manteve o pneumo-parcial. A thoracoplastia resolveu o problema. No caso retirou o ar, evitando a diminuição da cavidade e desvio do mediastino. Sobreveiu um derrame que perdurou 10 meses, e como se tratava de um caso de larga adherencia e as lesões eram basaes, a thoracoplastia com pneumothorax tornou-se effizaz.

Commentarios. — O dr. Grieco acha que um anno de espera como inefficaz foi um tempo enorme, pensa que devia ter intervido mais energicamente, pois as lesões ainda permanecem.

O dr. Fleury de Oliveira diz que tem um caso no Hospital Jaçanã que em tudo é identico, em que o pulmão tinha adherencia, foi tentado o Jacobeus, e nesse caso continuamos com a thoracoplastia; o Jacobeus é que determina onde se insere a adherencia, e se a thoracoplastia deve ser anterior ou posterior; com a adherencia localizada, sectionam-se somente as costellas que pertubam.

O dr. Farnesi, diz que o doente quando chegou ás suas mãos já

estava com o pneumo parcial. Apesar de não ter experiencia sobre outros processos, continuará empregando a thoracoplastia alta. No caso em apreço o paciente ha 2 meses que não expectora; mantendo o colapso é possivel que se consiga o maior colapso, com o pneumothorax.

Tisica primaria. — DRS. IGNACIO LOBO e JOÃO GRIECO. — Tisica primaria é aquella que se desenvolve directamente do foco primario tuberculoso.

Com o fim de estabelecer semelhante diagnostico é indifferente que o processo geral da affecção haja ou não attingido o chamado estadio secundario.

As alterações que então se observam são constituidas por uma pneumonia caseosa, á qual, a breve trecho, se seguem a formação de uma caverna dita primaria. Casos ha, no entanto, em que a inflammção perifocal cresce tanto que não pode ser distinguida, na radiographia, da pneumonia caseosa. Só o decurso posterior do processo permittirá um diagnostico differencial.

Não raro veem-se estas tísicas primarias permanecer alguns meses sem que sobrevenha uma disseminação hematogenica geral emortal.

Destas varias formas de decurso são exemplos os casos aqui tratados: no caso I, havia uma enorme infiltração perifocal que regrediu accentuadamente; no II pouco tempo após a installação da caverna primaria, sobreveiu a disseminação mortal; nos casos III e IV, installou-se uma tísica primaria que já data de 6 meses.

Precisamente para os casos como os dois ultimos, levanta-se o problema therapeutico da collapsotherapia que julgam os AA. deva ser recommendado. Nos casos III e IV foi empregado o pneumothorax, o qual, embora conseguido, foi inefficaz por condições peculiares aos casos.

Commentarios. — Diz o dr. J. Soares Baptista que depois da synthese pleural, como espelunca solitaria, indicaria um phrenico.

O dr. Fleury de Oliveira salienta o pneumothorax dos AA. em crianças, talvez um dos primeiros.

SECÇÃO DE UROLOGIA, EM 25 DE MARÇO

Presidente: DR. DARCY VILLELA ITIBERÊ

Estudos experimentaes sobre a anatomia radiographica das vesiculas seminaes normaes — DR. EDUARDO DA COSTA MANSO.

— Nesta comunicação o autor limita-se a fazer uma critica geral sobre o methodo seguido até o presente pelos pesquisadores nacionaes e estrangeiros que se preoccuparam com o estudo dos vesiculogrammas. A seu ver esse methodo está muito sujeito a erro, porque as radiographias são interpretadas de accordo com o diagnostico clinico, o qual não recebe confirmação anatomica e nem cirurgica. Discute em seguida as vantagens e inconvenientes da technica que está seguindo em seu trabalho, a qual consiste no estudo radiographico das vesiculas de cadaveres e seu exame anatomo-pathologico. Por fim, contesta a affirmação de que um liquido injectado pelos canaes diferentes só apparece no orificio dos ejaculadores depois de cheias as vesiculas. Apresenta algumas chapas radiographicas demonstrando que o enchimento das vesiculas foi obtido somente depois de injectação abundante de liquido, detalhe este muito importante na pratica diaria e que por isso não deve ser esquecido.

Commentarios. — O dr. Geraldo de Azevedo felicita o A. e lembra os trabalhos exhaustivos de Picquer em 1912 que fez as mesmas experiencias, empregando em vez da Iodipina uma pasta de bismutho.

Diz o dr. Costa Manso que os trabalhos foram num outro sentido.

Informa o dr. Geraldo de Azevedo que Picquer, dividiu as vesiculas em 5 tipos.

O dr. Costa Manso diz que o seu trabalho é encarado sobre outro aspecto, o anatomo-pathologico.

Dr. Geraldo de Azevedo diz que Picquer encarou a vesicula do cadaver como normal, e tirou conclusões, mas François tirou conclusões que haviam 5 tipos de vesiculas, comprovando com radiographias; não ha duvida que o trabalho do dr. Costa Manso é de valor.

O dr. Costa Manso observa que ligavam o ejaculador e enchiam pelo deferente. Para os seus trabalhos poz os cadaveres não em formol e sim em geladeira. Via de regra, quando se usa a via deferencial, o ejaculador só apparece na chapa depois da vesicula cheia e vice-versa, usando-se a via ejaculatoria, o deferente só apparece depois do enchimento vesicular. E' o phenomeno de Do Graof.

Diz o dr. Plinio Bove que esse assumpto tem sido bastante estudado entre nós. O phenomeno De Graof nem sempre se dá e muitos AA. se preoccuparam com esse assumpto sendo a pressão uma questão muito importante, e os AA. invocam tambem o calibre dos canaes. O ejaculador e o deferente tem calibres diversos e a pressão será maior onde o calibre é menor. A vesicula tem uma constituição anatomica irregular. A elasticidade tambem varia no vivo e no cadaver, tendo tambem importancia a questão

da angulação dos canaes. O dr. Plinio Bove mostra em eschemas as diversas modalidades anatomicas normaes de implantação do deferente na vesicula, precisando as relações entre os tres elementos "deferente-vesicula-ejaculador".

O dr. Athayde Pereira diz que o phenomeno De Graaf é variavel devido ás modificações diversas, ás angulações, á dilatação e estreitamento do canal ejaculador. Em vista que esse canal é mais amplo, enche-se a vesicula e desce até o canal. O liquido enche a ampola, vae até o ejaculador, depois enche a vesicula. A amplitude da luz da vesicula não quer dizer que se tenham lesões histopathologicas na sua parede, a vesicula pode ser pathologica ou normal. A ectasia de uma vesicula com paredes normaes sem inflammation é uma occorrença verificada. Si é por atonia não existem lesões e a vesicula se enche, a interpretação tanto pode ser normal com anomala. Mal cheia nas hypoplasias. Tudo isso está muito bem esclarecido. Não se enche tambem pela compressão, como no cancer do reto, da bexiga, Penso que o dr. Costa Manso pela interpretação das imagens normaes e pathologicas, não pode chegar a uma affirmativa absoluta; melhor seria se pudesse fazer histopathologia das vesiculas junto com a symptomatologia clinica. O trabalho do dr. Costa Manso tem uma importancia capital, mostrando que o contraste não passa para fóra.

O dr. H. Dias Soares diz que sabe realmente que o trabalho que o dr. Costa Manso tem tido. Quanto ás conclusões, ainda é cedo, mesmo porque o A. apresenta apenas uma parte do seu estudo. Vae proseguir, e, provavelmente, depois chegará a uma conclusão pratica de valor.

Pergunta o sr. presidente, dr. Darcy Villela Itiberê, ao A. si chegou a alguma conclusão na comparação do exame histopathologico com as radiographias e si pôde chegar a alguma conclusão sobre a propalada existencia de um signal radiologico das vesicu-

lites. A chapa n. 17 apresentada pelo dr. Costa Manso é um exemplo typico. Vesicula empastada e absolutamente normal.

Diz o sr. presidente que teve oportunidade de mostrar ao dr. Belmiro Valverde quando visitou a enfermaria da Santa Casa, uma radiographia que fez que considera normal e identica a esta do n. 17 a considerada pathologica por Valverde. Está convencido de que como não ha signaes radiologicos de vesiculite, como não ha pyelite, cystite, etc.. Em conversa com diversos collegas verificou o accordo neste ponto de vista de que não ha signaes para a vesiculite e num dos trabalhos de Gutierrez lê-se, que quanto maior é a lesão tanto menor será a luz e vice-versa, como se vê na chapa n. 17 do trabalho do dr. Costa Manso.

Recommenda o sr. presidente que o A. prosiga nos seus estudos, para que possamos estabelecer nas sessões da urologia as linhas mestras da vesiculographia e acabar com esses signaes radiologicos erroneos, destruindo essa affirmativa de que existem signaes typicos de vesiculite revelados pelo raio X..

Tratamento das prostato-vesiculites — DR. J. MARTINS COSTA. — O A. faz uma exposição do tratamento das prostato-vesiculites, das chamadas annexites masculinas. E' um trabalho de ordem pratica, baseado na sua propria experiencia e no que via nas clinicas de Berlim, cujos serviços acompanhou durante alguns meses em 1935. Na phase aguda da molestia o repouso absoluto no leito é indicado. Diz ser necessario saber-se logo qual o grupo de germens pathogenicos, cocos ou bacillos. Nos cocos usar-se-ão os corantes em injeção intravenosa, estando mais em vigor na Allemanha o Protosil. Quando dominam os bacillos usar-se-á a Amphotropina. Os suppositorios com ichtyol, os banhos de assento ou applicações quentes de barro no perineo são tambem aconselháveis. Passada a

crise aguda, empregar-se-ão as ondas curtas e applicações diárias e leves expressões prostato-vesiculares. Quanto ás tão faladas lavagens das vesículas quer por via deferencial, quer por via ejaculatoria não são usadas na Alemanha, onde os especialistas pensam que mais prejudicam os doentes do que os beneficiam. O Prof. v. Lichtenberg diz mesmo que é um crime estar uretroscopando taes doentes e forçar as indicações de catheterismo dos ejaculadores, ou então, do methodo de Belfield-Leys.

Commentarios. — Relata o dr. Athayde Pereira que, em 1935, quando esteve em Paris e Vienna, as lavagens não eram praticadas e o tratamento limitava-se áquillo que se fazia no Brasil, expressão e diathermia. Quanto ao Protosil, Amphotropina, e outros preparados, pouco acredita que as vesiculites chronicas sejam influenciadas, por elles. Quanto ás lavagens das vesículas, os allemães não tem experiencia. No Rio de Janeiro e mesmo em S. Paulo tem dado bons resultados. Belmiro Valverde, tratou centenas de casos e em sua clinica, em que conta com 100 fichas de doentes, o dr. Athayde Pereira teve 25% de cura com as lavagens. Um caso que teve de um rapaz com dores lombares, sciatica tratado pelo prof. Vampré, fez o tratamento classico seguido da lavagem das vesículas com optimo resultado. Lichtenberg disse que as lavagens não adiantavam, porque os doentes já tinham fibrose. Fuller, nos Estados Unidos, fez 500 vesiculectomias, sem mortalidade e aqui em S. Paulo os technicos ainda não se aprimoraram e mesmo porque lutamos com a concorrência da Cirurgia Geral. Conhece um medico com vesiculite purulenta chronica e que recusou fazer a operação porque um cirurgião geral a contraindico. Isto se dá porque não appareceu um cirurgião que se propuzesse a fazer a operação por via perineal ou posterior.

O dr. Geraldo de Azevedo acha que o trabalho do A. foi oppor-

tuno e está com a opinião da escola allemã. Já teve occasião de fazer lavagens das vesículas e não teve proveito. Costuma associar a diathermia á expressão dos annexos. E' innegavel o beneficio da expressão dos annexos não só por causa da hyperemia mas tambem do esvaziamento do conteúdo septico.

O dr. Christiano de Souza, diz que o trabalho do A. mostrando o exame bacterioscopico, para verificar si no liquido da expressão existem cocos e bacillos é de grande importancia. Quanto ao tratamento por injeção das vesículas, não tem grande experiencia. No caso em que empregou o methodo os resultados foram precarios. O tratamento com ondas curtas, Protosil e Amphotropina, condiz com uma therapeutica ajuzada e acertada. Do ponto de vista cirurgico estou de accordo com o dr. Athayde, a vesiculectomia deve ser feita numa vesicula esclerosada, por via posterior ou perineal.

O dr. Honorio Dias Soares felicitou o A. pela discussão e nota que ha uma divergencia na forma de conduzir esse tratamento. Na sua opinião no que se refere aos processos agudos e sub-agudos o tratamento conservador e o repouso é de indicação formal. Quanto aos processos chronicos acredita que tambem em quasi todos os casos, esse tratamento dá resultado, deixando a lavagem das vesículas exclusivamente para casos especialissimos. Ainda não tem idea propria sobre o valor therapeutico das lavagens vesiculares. Chama a attenção do A. para um ponto que julga de capital importancia na cura dos processos chronicos da prostata e que não foram abordados no seu trabalho. E' a questão dos diverticulos prostaticos tão communs nas infeções chronicas da prostata e que foi admiravelmente estudada por Heitz-Boyer. Julga que em taes casos alem do tratamento conservador é preciso fazer a abertura dos diverticulos para se obter a cura completa do doente.

Diz o dr. Darcy Villela Itiberê que si na Allemanha não se fazem lavagens das vesículas seminaes é porque o tratamento classico dá melhores resultados, mesmo porque lá existem AA. de grande nomeada. Os processos de lavagens são velhissimos. No Serviço de Ambulatorio da Clinica Urológica do Hospital S. Francisco de Assis, do dr. Jorge Gouveia, o tratamento classico conservador é o unico empregado e disso não se arrependem os medicos que lá trabalham.

Pergunta o dr. Athayde Pereira se houve alguns operados.

Sim, em casos de annexite supurativa; em casos de vesiculite chronica, não, responde o dr. Darcy Villela.

Pensa que o dr. Athayde Pereira é um tanto entusiasta e cedendo aos imperativos deste en-

thusiasmo faz devaneios theoricos em torno da questão. Rectifica a affirmação do dr. Athayde no que diz respeito aos casos de Valverde, não são centenas e centenas e, sim, 95 casos, sendo 25 por via ejaculatoria e os restantes por via deferencial. Fuller, de facto, pratica frequentemente a ablação ou a drenagem cirurgica das vesículas, mas, pensa, que embora seja feita por Fuller esta orientação é má e ha exaggeros por parte de seus AA. que não é seguido por nenhum outro grande especialista neste seu furor operatorio. A operação tem suas indicações precisas. Antes de mais nada é preciso medir as consequências da intervenção e não se adapta na pratica corrente methodos therapeuticos que só se conhecem dos livros e que ainda são muito combatidos e criticados.

SECÇÃO DE OBSTETRICIA E GYNECOLOGIA, EM 28 DE MARÇO

Presidente : DR. OLIVEIRA PIRAJÁ

Tratamento da esterilidade na mulher - DR. ERICH FELS.

— Affirma o A. não pretender esgotar o assumpto, mas apenas estabelecer uma orientação therapeutica decorrente de suas observações. Divide o A. os tratamentos da esterilidade em 3 grupos: 1) tratamentos operatorios; 2) tratamentos decorrentes dos progressos da physiologia sexual feminina e 3) tratamentos decorrentes dos recentes progressos da hormonologia feminina. Quanto aos tratamentos operatorios acha o dr. Fels que devem ser tentados como ultimo recurso e em casos especiaes como obliteração tubaria, frigidez sexual, anormalidades da vagina, estenose cervical, etc.. Nos casos de obliteração tubaria aconselha a insuflação tubaria e a hysterosalpingographia para o diagnostico e localização da obliteração. As obliterações da parte isthmica teem muito maiores probabilidades de successos cirurgico do que as demais porções das trompas. Os

progressos da physiologia sexual feminina também muito teem auxiliado o gynecologista no tratamento da esterilidade. As leis de Knaus, diz o orador, determinando o periodo em que a mulher tem maior probabilidade de engravidar-se, são evidentemente de grande valor na therapeutica da esterilidade. Os recentes progressos da hormonologia feminina, affirma o dr. Fels, permittiram tentar-se com successos o tratamento de certas "amenorrheas", da "hypoplasia genital", da "metropathia ovariana", e de outras gynecopathias de origem endocrina e causadoras da esterilidade.

Continua o orador suas interessantes considerações sobre a hormoniotherapia da esterilidade e no terminar sua conferencia offerece ao presidente, em nome da Associação Beneficente da Maternidade de Buenos Aires, uma monographia sobre a organização daquelle estabelecimento de caridade dirigido pelo Prof. Peralta Ramos.

Sociedade dos Medicos da Beneficencia Portuguesa

SESSÃO DE 16 DE ABRIL

Presidente : DR. AMERICO BRASILIENSE.

A proposito da hypertrophia localizada da mucosa gastrica simulando carcinoma — DR. EDUARDO COTRIM. — O A. apresentou o caso de um individuo com historia clinica de neoplasia do estomago ; ao exame radiologico havia ausencia de peristaltismo, rigidez das paredes e falhas de enchimento ; na laparotomia apenas foi encontrada certa rigidez das paredes gastricas e uma coloração amarellada da vesicula. O A. analysou o quadro radiologico do carcinoma gastrico e da gastrite hypertrophica localizada, mostrando a grande semelhança entre elles. Salientou a differença anatomo-pathologica entre os dois processos e terminou indicando a conducta a seguir nos casos de confusão. Poz em relevo o valor de exames radiologicos repetidos, da laparotomia exploradora, do exame radiologico da mucosa por technica especial, da gastroscopia e do succo gastrico.

Commentarios. — O dr. Eurico Branco Ribeiro disse que, diante dos informes clinicos e do exame radiologico e diante da evolução fatal do caso, é possível lembrar-se o diagnostico de gastrite flegmonosa. E' a seu ver, o que o doente teve.

O dr. Francisco Finocchiaro resaltou as difficuldades de se fazer o diagnostico differencial radiologico com o eschirro do estomago.

O dr. Jayme Rodrigues, que havia operado o doente, insistiu sobre a marcha rapida da molestia, a repetição dos vomitos escuros, o estado de cachexia que se installou progressivamente, os achados da laparotomia e o exito lethal no 3.º dia após a intervenção. O diagnostico ter-se-ia aclarado se a familia tivesse consentido na autopsia. O mais provavel, mesmo, é que se tratasse de uma gastrite flegmonosa.

O dr. Adhemar Nobre lembrou que se podia abrir o estomago para verificar a existencia de lesões.

O dr. Jarbas Barbosa de Barros relembrou as discussões sobre si se deve ou não abrir um estomago sobre cuja integridade ha suspeitas. Propoz que se faça no acto cirurgico a endoscopia por uma incisão minima, servindo-se de um cystoscopio. Com esse expediente é possível ver-se todo o estomago e a primeira porção do duodeno, bem como retirar material para biopsia, se necessario.

SESSÃO DE 23 DE ABRIL

Presidente : DR. ADHEMAR NOBRE

Perfuração intestinal por traumatismo abdominal — DR. ADHEMAR NOBRE. — O A. referiu-se ao caso de um individuo que recebera no baixo ventre um par de coices de um burro. O traumatismo não deixou o menor vestigio

na parede abdominal : o estado geral era satisfactorio, não havia defesa muscular, não havia desaparecimento da maciszez hepatica, pulso bom. O doente só queixava de dores. A attitude foi expectante. A' tarde o A. reviu

o doente e ainda não encontrou motivos para intervir; porém logo nas primeiras horas da noite o quadro mudou e uma laparotomia foi decidida. Com surpresa encontrou o A. o ventre cheio de materia fecal, alças intestinaes agglutinadas por peritonite plastica e um grande rombo numa alça delgada. O doente falleceu horas depois. O A. penitencia-se por não ter intervindo antes, apesar de ter sido a sua conducta estribada nas condições aparentemente boas do doente.

Commentarios. — O dr. Eurico Bastos disse que o dr. Nobre não tem do que se penitenciar, pois, em identicas circumstancias, qualquer cirurgião agiria da mesma maneira. Aproveitou a occasião para referir um caso occorrido em sua clinica, em que um traumatismo abdominal produziu a explosão do ceco fixo, resultando peritonite e morte.

O dr. Jarbas B. de Barros julga tambem que o dr. Nobre não foi culpado em esperar; no serviço de seu pae, o dr. José B. de Barros, tambem se verificou um caso em que a conducta espectante só levou o doente á sala de operações 12 horas após o traumatismo. Tratava-se de um menino que ao jogar futebol, recebeu uma joelhada na fossa iliaca direita, sendo internado com muitas dores e estado geral em boas condições; a laparotomia revelou appendicite aguda.

O dr. Oswaldo Godoy disse ter visto e acompanhado o doente do dr. Nobre; não apresentava nenhum signal de ruptura de viscera: o dr. Nobre tinha razão em esperar.

O dr. Jayme Rodrigues disse que o caso é summamente interessante pela ausencia de signaes, principalmente com referencia ao desaparecimento da maciszez hepatica, que é muito frequente.

O dr. Eurico Branco Ribeiro aproveitou a oportunidade para citar um caso de traumatismo abdominal em que teve orientação espectante. Ao meio dia um rapaz foi comprimido entre os trazeiros de dois caminhões. Atendido pela Assistencia foi conduzido

ao Sanatorio Santa Catharina, onde teve oportunidade de vel-o duas horas depois. A não ser a dôr, nada de extraordinario. A tarde as condições do doente permaneceram inalteradas, porém ás 21 horas o pulso subiu, sobreveiu um estado lipothymico, seguido de sede intensa, suores frios, ventre de madeira, hyperesthesia cutanea, mancha roxa no umbigo. Tratava-se positivamente de um caso de hemorragia interna tardia. Levado o doente á mesa, encontrou uma ruptura da parte superior do mesenterio, em meio da qual sangrava copiosamente uma arteria, que foi ligada. Não havia lesão visceral. A cavidade continha cerca de dois litros de sangue e graças a transfusões o doente recuperou. A ausencia de symptomas nas primeiras horas não parece ser assim tão rara. Lembra-se de um caso registado em Campinas, a cerca de dois annos, por um dos medicos da Beneficencia, o dr. Azael Lobo ou o dr. Rocha Britto, não se recorda bem. Na estrada de Jundiáhy a Campinas, num desastre de automovel, um individuo recebeu forte traumatismo no ventre; entrou andando no hospital e, entretanto, apresentava ruptura do intestino delgado. Diante destes casos todos, deve-se concluir que a ausencia de symptomas não offerece garantia para uma attitude espectante, sendo preferivel fazer-se, nos casos de traumatismo violento do ventre, a laparotomia exploradora.

O dr. Carlos Camargo Andrade citou em contraposição o seu proprio caso: em criança recebeu um coice de animal na região epigastrica, ficando desacordado; não se fez intervenção alguma e tudo decorreu muito bem.

O dr. Ahemar Nobre lembrou que, ao invés da laprotomia ampla, se faça, em caso de duvida, uma pequena incisão, uma microlaparotomia, afim de se verificar o conteudo da cavidade: a presença de liquido intestinal ou sangue imporá a laparotomia larga immediata; era assim que procedia o dr. D. Stapler, quando cirurgião da Beneficencia.

O dr. Oswaldo Godoy voltou a insistir que a contractura é o melhor signal da ruptura visceral.

O dr. Jayme Rodrigues concordou que é signal mais valioso, mas insistiu em que o desaparecimento da maciez hepatica é tambem valioso e bastante frequente, por isso que merece toda attenção.

Terminando, o dr. Adhemar Nobre falou sobre o mecanismo da ruptura do intestino delgado, que em geral consiste na explosão devida á compressão acima e abaixo da sede da lesão; e recorda que as primeiras e as ultimas alças, pelas suas condições anatomicas, são as mais expostas aos traumatismos.

Sociedade Paulista de Leprologia

SESSÃO DE 18 DE ABRIL

Presidente : DR. GIL DE CASTRO CERQUEIRA

Lepra mixta com lesões tuberculoides - DR. ARGEMIRO RODRIGUES DE SOUZA. — O A. fez considerações em torno de dois casos de lepra mixta com lesões tuberculoides, com comprovação histologica. Disse ser difficil affirmar-se sob qual das formas ter-se-ia manifestado primeiramente a lepra nos doentes em apreço, se o typo tuberculoide ou a forma tuberosa. Recapitulou as noções de immunidade em geral, falou sobre a preparação allergica sob a qual se processa a lepra do typo tuberculoide e projectou microphotographias dos casos observados no Asylo Colonia Pirapitinguy.

Estudo clinico e histologico de um caso de nevrite hanseanica tuberculoide, com caseificação e ulceração (Abscessos de nervo) - DR. VICENTE GRIECO.

— O A. referiu-se a um caso dessa modalidade de lepra relativamente rara a que se denomina communmente de abscessos de nervo, estudado detalhadamente no ponto de vista clinico e histologico. Feita a extirpação total da macula e do nervo-sub-cutaneo dessa região, fortemente espessado, o A. fez grande numero de cortes seriados, nos quaes se podem observar todas as phases do processo pathologico, desde o inicio pela proliferação de cellulas histiocytarias e lymphocytarias, entre as fibras nervosas até o apparecimento da caseificação. O A. frisou a differença de estrutura do processo que no nervo tem todos os caracteres de "tuberculoide" e da mancha que é do typo infiltrado commun. Propoz uma nomenclatura simplificada para esses processos e projectou extensa serie de microphotographias relativas ao caso.

Centro Academico Oswaldo Cruz

SESSÃO DE 16 DE ABRIL

Presidente : DNDO. JOSÉ DE MORAES NETTO

Insufficiencia respiratoria de origem nasal - AC. E. PRUDENTE DE AQUINO FILHO. — O A., iniciando o seu trabalho, justifica a razão que o levou á apresentação do mesmo. Proseguindo, faz a

leitura da observação do caso, pondo em evidencia os pontos capitales. Entre estes é de grande valor para o diagnostico a anamnese, na qual salienta, á primeira vista, a grande difficuldade da

respiração nasal. Na inspecção geral tem apenas a questão do cubito lateral direito obrigatorio. Para o lado do aparelho respiratorio além de varios signaes de inspecção estatica e dinamica é digno de nota a hyposonoridade percusoria do hemithorax direito, acompanhada de respiração soprosa e rude e no outro hemithorax respiração intercisa. Pesquisas varias foram realizadas; medida do debito respiratorio maximo (mascara manometrica de Pech), medida da capacidade pulmonar (espirometro de Barness), medidas hemithoraxicas, etc., denotando todas indices minimos, muito abaixo do normal. O exame do especialista revelou desvio do septo. Exame de laboratorio: formula leucocytaria, contagem global, hemossedimentação, exame de escarro, de fezes, Wassermann, Khan, estes quatro ultimos negativos, indice de Vellez positivo, radiographias, radioscopia, photographias do paciente, traçado pneumographico dos movimentos respiratorios etc. muito contribuíram para o diagnostico. O paciente foi operado do septo e 1 mez depois, quando examinado, revelou melhora de todos os signaes estaticos e dynamicos, bem como quanto aos exames de laboratorio e outros exames especializados que voltaram ao normal. Em seguida o A. faz considerações em torno do diagnostico, salientando a possibilidade que teve em afastar um processo tuberculoso em inicio, processo esse definitivamente posto á margem, mediante as pesquisas realizadas, posteriormente. Argumenta sobre os differentes meios especiaes praticados para se fazer o diagnostico, meios esses seguidos pelos mestres no assumpto como Sergeant, Rosenthal, Pech, Natier, etc. e se refere ao conceito de Sargent de insuficiencia respiratoria "como sendo uma hypocapacidade respiratoria dinamica" e por fim dá a classificação do mesmo. Faz commentarios sobre essa classificação e localiza o caso apresentado.

Para finalizar insiste ainda, caso seja necessario, na gymnastica

respiratoria e reeducação respiratoria, chegando á seguinte conclusão: verificada a insuficiencia respiratoria e afastada a hypothese de um processo tuberculoso em inicio, deve-se remover a causa local da insuficiencia, pois que esta seria um terreno muito propicio á phymatose que mais cedo ou mais tarde ahi se installaria.

Coração e obesidade — Dds. IGNACIO ALVES CORREA e B. TRANCHESI. — Os A.A. observam o caso que deu margem ao trabalho na enfermaria do prof. Rubião Meira entre os doentes a cargo do dr. Jairo Ramos.

Expoem em primeiro logar o aspecto geral da questão.

O coração dos obesos não se apresenta forçosamente carregado de gordura como admitiam os autores antigos. Romberg viu individuos em phase de descompensação que apresentavam coração completamente isento de gordura. A causa da insuficiencia dos obesos reside na desproporção entre massa do corpo e força do coração. Os obesos são individuos em que o augmento da massa do corpo não corre "pari passu" com o augmento da força do coração. Os obesos de coração forte supportam grandes accumulos adiposos sem soffrimento, ao passo que os debeis, ou os que têm coração lesado (causa toxica, infecciosa) logo entram em insuficiencia. Devese dizer "insuficiencia cardiaca dos obesos" e não "coração gorduroso" como antigamente.

Em seguida passam á leitura da observação. Trata-se de um individuo que sentia dyspnea de esforço que foi se acentuando até que em pouco mais ou menos de 2 annos entrou em asystolia completa com todo o cortejo symptomatico. O individuo pesava 158 kilos, tendo entrado na enfermaria com 107 kilos. Os AA. projectam duas photographias do doente, que mostram com clareza o estado exaggerado de polysarcia. Ethylista inveterado, chegando a beber 20 litros e ás vezes mais de cerveja por dia. O exame physico, mostrou um caso ty-

pico de obesidade por engorda e os phenomenos geraes de asystolia, edema, cyanose, decubito elevado. Havia igualmente congestão hepatica e das bases pulmonares assim como ascite. No coração: grande augmento de area (150% sobre o normal). Sopros systolicos na ponta. Extrasystoles bigeminadas e bloqueio total auriculo-ventricular.

Pulso com 34 batimentos e pressão arterial 200-110.

Nos exames complementares realizados na occasião notaram normalidade da taxa de urea no soro. Wasserman negativo.

Os AA. antes de estabelecerem o diagnostico tecem comentarios sobre a anamnese que segundo Mackenzie é o melhor meio de avaliar do estado funcional de myocardio.

Fazem o diagnostico de obeso ethylista em phase de insufficiencia cardiaca "plus" com myocardite chronica, fibrilação auricular, arrhythmia extrasystolica e bloqueio total A-V. O diagnostico de fibrilação foi feito por meio do electrocardiogramma. Os A.A. mostram a impossibilidade de fazer tal diagnostico clinicamente no caso presente. O bloqueio total tirou a possibilidade de filiar a arrhythmia do pulso á causa auricular.

No tratamento os A.A. deram digitalina em alta dose (met. de Eggleston). Fizeram 3 sangrias num total de 1250 grs. afim de desafogar o organo central da exaggerada massa de sangue. O exito therapeutico attingido foi completo.

Pressão de 200 passou a 160, area cardiaca de 150% ás 110% e peso de 107 a 90. Nesta occasião projectam uma photographia que dá idéa do que é o individuo actualmente.

Para finalizar os A.A. commentam o caso, explicando que o bigeminismo e o bloqueio total no caso apresentado não constituíam em absoluto contra-indicação á digitalina.

Utero gravido encarcerado — DRs. DOMINGOS DELASCIO e FERES SAD NEME. — Os AA. após fazerem estudos ligeiros sobre a estatica uterina passam em seguida a descrever as anomalias de posição do utero que mais interessavam para a compreensão nítida da entidade morbida que era objecto da communicação. Assim emittem sobre a retro-versão, retro-flexão, sua etiologia, classificações, symptomatologia e diagnostico. Suppondo uma nidação ovular num utero retro-flexo fixo mostram através numerosas projecções as perturbações graves e mesmo fataes que dahi podem decorrer, o que fez com que os AA. apresentassem um caso nessas condições, porque além da alçada gynecologica e obstetrica tem também interesse clinico. Insistem sobre as perturbações vesicaes, a principio constituídas por difficuldades na micção, retenção da urina e ischemia paradoxal, symptoma esse de grande valor diagnostico.

Posteriormente, se o processo não terminar pelo abortamento ou pela morte, esses symptomas vesicaes se accentuam havendo necrose das diferentes camadas vesicaes, pericystite, gangrena, terminando mesmo pela perfuração e peritonite.

Mostram de uma maneira precisa que nessa entidade nosologica o utero no qual reside o processo não é nada, a bexiga é tudo. No caso apresentado foi tentada a redução da retro-flexão por via vaginal e essa não sendo possivel foi feita a reposição do utero e esvasiamento por via alta.

Estudos Cirurgicos

1.ª serie - 1 vol. fartamente illustrado
PREÇO 15\$000 - PEDIDOS AO AUTOR:
Dr. Eurico Branco Ribeiro
CAIXA 1574. SÃO PAULO

Associação Paulista de Cirurgiões Dentista

SESSÃO DE 2 DE MAIO

Presidente : DR. TARBOUX QUINTELLA

Problema da fixação das dentaduras inferiores — DR. RENATO PRADO. — O orador discorre sobre o assumpto desde a phase inicial (exame da bocca, onde se poderá conhecer as condições, favoraveis ou não, á boa estabilidade do aparelho) até a confecção da moldeira individual e consequente moldagem, descrevendo o processo que adopta e que lhe tem proporcionado completo exito. Apresenta, afinal, um paciente portador de um aparelho confeccionado por esse methodo, com resultados plenamente satisfactorios.

Posto em discussão o assumpto da conferencia, fala a respeito o prof. Schmidt Junior, que apoia

o orador na sua referencia ao peso, como factor da estabilidade das dentaduras inferiores. Tem confeccionado aparelhos de Hecolite, Resovin e Neo-Hecolite, levissimos, mas que, devido á exactidão da moldagem e perfeito equilibrio articular, se mantem admiravelmente na bocca dos pacientes, prestando-lhes todo o serviço de que carecem para uma boa mastigação. Dahi, se verifica a desnecessidade de peso para as dentaduras, sendo mesmo certo que com os aparelhos mais leves, os pacientes se habituaem muito mais facilmente. De igual opinião é o dr. Joaquim Serra que, tambem fala sobre o assumpto em discussão.

LITTERATURA MEDICA

Livros recebidos

Las hormonas sexuales femininas — C. CLAUBERG, Editorial Labor, Barcelona, 1935.

As glandulas de secreção interna já atravessaram o periodo incerto dos primeiros passos para se consolidarem como verdades scientificas em innumerados seus multiplos aspectos. O presente livro do professor de Gynecologia da Universidade de Koenigsberg é vasado em bases seguras, de molde a dar uma orientação firme a quem deseje inteirar-se de tão momentoso assumpto, qual seja o das relações entre os hormônios sexuaes femininos e o cyclo genital de um lado e, do outro, o lobulo anterior da hypophyse. A materia é tratada num volume de quasi 200 paginas, com 112 illustrações das mais interessantes e

convincentes. O A. se baseia não só nos conhecimentos já consagrados, mas tambem na sua propria experimentação com material humano e de animaes de laboratorio. Alem de positivar uns tantos factos, o A. deixa entrever algumas possibilidades do futuro, o que torna a leitura do livro assás interessante para os que se aprazem com as cogitações scientificas. A edição espanhola da Labor foi revista pelo autor.

Tumores malignos de la piel y orificios naturales — SIMON ROSNER, 2 volumes, El Ateneo (Florida, 371), Buenos Aires, 1936.

Constantemente nos chegam da Argentina excellentes livros de Medicina. O presente tratado em dois volumes — comprehen-

dendo pathologia, clinica, anatomia pathologica e tratamento — é obra de grande vulto, que sobremaneira recommenda as letras medicas do vizinho paiz. E' mais um excellente trabalho que sae da magnifica escola de Roffo, attestando a orientação segura que vem seguindo e os beneficios sem conta que vem prestando não só aos doentes do seu paiz como a toda a humanidade, atraves dos trabalhos alli produzidos. A obra de Rosner contem cerca de 1.000 paginas e é fartamente documentada com observações pessoasas. E' livro que tem utilidade não só para os dermatologistas, mas ainda para todos os que fazem clinica, pois a parte de diagnostico e a de tratamento mereceram especial desvelo do A.

Tecnica corrente das operações cirurgicas da boca — RENÉ BOISSON. Livraria do Globo, Porto Alegre, 1933.

"Esta obrinha precisa e clara onde o senso clinico vem esclarecer a technica cirurgica, será lida com o mais vivo interesse pelos estomatologistas e dentistas e, em muitos casos, será em suas intervenções um guia tão precioso quanto sábio" — eis a apresentação que faz o prof. Nogué, de Paris. Livrinho synthetico, de pouco mais de 150 paginas, é sem duvida de interesse para dentistas e medicos que fazem cirurgia da bocca. Esse, o motivo da edição brasileira da Livraria do Globo.

Trabalhos de Anatomia e Cirurgia Experimental — ERNANI MONTEIRO e colaboradores, Porto, 1934-1935.

O professor Ernani Monteiro, cujo nome de muito é lembrado como dos mais prestigiosos das ciencias medicas de Portugal, enfeixou em elegante volume os trabalhos sahidos da sua cathedra na Universidade do Porto, durante os annos de 1934-1935. Nada menos de 23 excellentes trabalhos, muitos dos quaes visando applicações clinicas imme-

diatas, figuram nesse volume. São trabalhos de pesquisa, observação e experimentação, denotando, todos elles, uma orientação escholastica digna de mais ampla imitação.

Manuel pratique d'anesthésie chirurgicale — J. MAISONNET, Gaston Doin & Cie. (8, Place de l'Odéon), Paris, 1936.

A anesthesia cirurgica é problema que merece grande carinho. Maisonnnet focalizou-o com grande somma de conhecimentos em recente volume da livraria Doin. Sem desprezar os progressos da physiologia, o A. encara successivamente as anesthesias geraes nas suas diversas variedades, as anesthesias local e regional, as anesthesias rachearna e epidural e as anesthesias nas diversas especialidades (Obstetricia, Urologia, Oto-rhino-laryngologia, Stomatologia, etc.). Depois de assignalar os estudos em andamento, descreve com minucia os methodos já consagrados, dando uma orientação pratica para a escolha da anesthesia e dos anesthetics. Alem disso, cuida particularmente dos accidentes que podem occorrer, apontando os meios de evital-os e de combatel-os. O volume contem 220 paginas e custa apenas 28 francos. Contem 93 figuras.

El yo y lo inconsciente — C. G. YUNG, Luis Miracle (Calle Aribau, 179), Barcelona, 1936.

Trata-se de uma edição espanhola de mais esta obra do grande psychanalysta allemão, contendo, no preambulo, um interessante estudo de Ramon Sarró sobre a evolução das idéas de Yung. O A., cujo acervo scientifico sobe a 112 produções de folego, expende neste volume idéas muito interessantes sobre um thema que está na ordem do dia. Numa primeira parte, estuda elle "a acção do inconsciente sobre a inconsciencia"; numa segunda, "a individuação". Diante do interesse que taes assumptos vêm despertando entre nós, é de crer-se que este livro tenha larga repercussão em nosso meio.

Technique Chirurgicale Bucco dentaire — CHOMPRET, DECHAUME e RICHARD, Masson & Cie. (120, Boulevard Saint Germain), Paris, 1935.

O presente volume é o terceiro da importante serie "La pratique stomatologique", que a conhecida casa editora Masson está lançando com grande successo. De facto, encarando assumptos que tanto interessam ao medico como ao dentista, a obra tem merecido larga procura, principalmente pela feitura pratica que se revela no seu plano de organização e que foi plenamente comprehendido pelos seus autores. Todos os assumptos correlatos com a cirurgia da bocca — desde a anatomia e a anesthesia até os cuidados post-operatorios e as complicações possíveis — foram tratados com especial carinho, de modo a tornar a obra de indiscutivel utilidade. O volume contem perto de 300 paginas, com 174 illustrações mostrando detalhes de technica e custa apenas 55 francos.

Anales de la Clinica Médica A — PEDRO PONS e colaboradores, II, Editorial Cientifico Médica (Plaza Urquinaona, 8) Barcelona, 1935.

Acaba de apparecer o 2.º volume dos Annaes da Clinica Medica do prof. Pedro Pons, de Barcelona. Forma um grande volume de 536 paginas contendo importante e variada materia relativa aos trabalhos alli produzidos em 1934-1935. São nada menos de 42 alentados trabalhos versando assumptos de "molestias hepato-esplénicas", infecções e intoxicações, "sangue", "anemias", "rheumatismo", "radiologia", "asthma e molestias allergicas" e "coação e vasos" — taes os capitulos em que se divide o volume. O livro contem 167 gravuras e custa 25 pesetas; pode ser pedido directamente á casa editora.

Anales del Instituto Modelo de Clinica Médica — J. RAUL GOYENA e colaboradores, XV, Buenos Aires, 1934.

E' mais um excellente annuario, este argentino, traduzindo a excellente actividade de um dos maiores centros de estudo da capital do vizinho paiz — o Hospital Rawson, annexo á Faculdade de Ciencias Medicas. O volume presente, que corresponde ao anno de 1934, contem 1.266 paginas, encerrando mais de 50 trabalhos sobre os mais variados themas. E' um repositório de grande valia, merecedor de figurar na estante de todo estudioso das questões que a clinica diariamente nos offerece.

Opusculos e separata recebidos — Tuberkulose und Vakzination — K. BOSMAN e IR. J. POHLMANN, 34 paginas, Livraria Dubbeldeman Leiden, 1936.

Relatorio apresentado ao Governo do Estado do Espirito Santo pelo dr. Pedro Fontes, chefe do Serviço de Prophylaxia da Lepre e Doenças Venereas, relativo ao anno de 1934 — Imprensa Official, Victoria, 1936.

Relatorio do Anno de 1934 da Santa Casa de Misericordia de S. Paulo — DR. ANTONIO DE PADUA SALLES, "Revista dos Tribunaes", S. Paulo, 1935.

Basi sperimentali per la mia proposta di neurotizzazione di um un nervo parzialmente paralitico — PROF. FRANCESCO PURPURA, separata das Atti del XXIV Congresso della Società Italiana di Ortopedia.

Ma proposition d'une méthode de neurotonisation d'un nerf partiellement paralysé — PROF. FRANCESCO PURPURA, Revue de Chirurgie, n.º 10, Paris, 1935.

Distribuzione delle fibre nei tronchi nervosi e chirurgia dei nervi periferici — PROF. F. PURPURA, Il Policlinico, s. chirurgica, XXXVIII, Roma, 1931.

A profissão e o commercio da pharmacia no Brasil — pharmaceutico CANDIDO FONTOURA, Instituto Medicamental, São Paulo, 1936.

Catalogo — diccionario das theses inauguraes defendidas perante a Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo — DR. J. MAIA, São Paulo, 1935.

Algunas Cuestiones en Cancerologia — PROF. F. BLUMENTHAL, Acción Médica, n.º 22, Buenos Aires, 1933.

Sobre los tumores funcionantes del ovario — DR. C. AHUMADA, Acción Médica, Buenos Aires, IV, fevereiro de 1934.

Quistes dentarios, su diagnostico y tratamiento — DR. JUAN CORREA, Acción Médica, Buenos Aires, 1933.

Livres de Medicine, catalogo de Masson & Cie, Paris, 1936.

Livros Argentinos de Medicina, catalogo de El Ateneo (Florida, 371), Buenos Aires, 1936.

IMPREENSA MEDICA PAULISTA

Summario dos ultimos numeros

Archivos de Biologia, XX, 1-28, Jan.-fev. 1936.

Do conceito de entorpecentes — QUINTINO MINGOJA; As applicações praticas da therapeutica bacteriophagica — E. BERTARELLI; Therapeutica das endocrinoses — ULYSSES PARANHOS.

Archivos do Instituto Biologico, VI, 1-295, 1935.

Os oxyurata parasitos de laceretilia do nordeste brasileiro — C. PEREIRA; Ectoparasitas de animaes domesticos observados no Estado de S. Paulo — Z. VAZ; Sobre a pretensa validez de "Syngamus nasicola". Presença do "Syngamus Laryngeus" nas fossas nasaes de carneiros do Brasil — Z. VAZ; Lesões produzidas no estomago de cobras por um novo nematoide — Ophidascaris Zrionluriformis — Z. VAZ; Ascaridata e Spirurata parasitos de peixes do nordeste brasileiro — C. PEREIRA; Infecções estaphylococcicas em aves — J. REIS e P. NOBREGA; Sarna do porco do matto por "Sarcoptes Scabiei Suis", parasita do porco domestico — Z. VAZ; Diferenciação entre "S. Pullo-rum" e "S. Gallinarum" — P. NOBREGA; Estudo anatomo-pathologico da enterohepatite dos perus — J. R. MEYER; Processo simples, para a purificação de liquidos velhos usados na conservação de peças anatomo-pathologicas — J. R. MEYER e G. FERAZ; Noções praticas sobre a preparação e emprego de um co-

rante semelhante a mistura Giemsa — J. R. MEYER; Notas sobre pseudococcinaes de importancia economica no Brasil com a descrição de quatro especies novas — E. J. HAMBLETON; Phenomenos de dissociação nos Streptococcus hemolyticos em relação com a sensibilidade ao bacteriophago especifico — N. PLANET e O. BIER; Pesquisas sobre a toxicidez do anticorpo heterophilico para o embrião de pinto — O. BIER e E. SEILER; New Brazilian Lingitidae — C. J. DRAKE e E. J. HAMBLETON; Sobre a xodidação do acido lactico no encephalo de gallinhas em avitaminose B. — P. E. GALVÃO e C. H. FLORENCE; Uma especie nova do genero Chionaspis — H. S. LEPAGE; As coccidioses dos ursos, lobos e cães selvagens — V. L. JAKIMOFF e S. N. MATCHULSKI; Heterospilus coffeicola Schmied — S. DE TOLEDO PIZA JR. e J. PINTO DA FONSECA; Phenomenos nervosos analogos aos da avitaminose B, provocados pela asphyxia — P. E. GALVÃO e C. H. FLORENCE; Relação das doenças e fungos parasitas observados na secção de phytopathologia durante os annos 1933 e 1934 — A. A. BITTENCOURT, R. DRUMMOND GONÇALVES e J. G. CARNEIRO; Uma lista de lipidoptera (Heeterocera) do Est. de Minas Geraes — E. J. HAMBLETON e W. I. M. FORBES; Preparação e montagem de peças anatomo-pathologicas — J. R. MEYER.

Archivos da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de S. Paulo, VI, 91-160, Setembro-Dezembro, 1935.

Discussão do trabalho do Dr. Renato Bomfim sobre a Assistência Médica aos Accidentados do Trabalho — AUGUSTO MATUCK; Um caso de pseudo-hermaphroditismo — ARNALDO AMADO FERREIRA e LOURIVAL SANTOS; A selecção á entrada das Universidades — E. DE AGUIAR WHITAKER; O symbolo de Don Galaz — HILARIO VEIGA de CARVALHO; Eczemas profissionais — JOÃO PAULO VIEIRA; Uma nova reacção para diagnostico precoce da gravidez — ARNALDO AMADO FERREIRA; Da applicação da colorimetria para a dosagem do oleo essencial de sabina — FLAMINIO FAVERO e ELISA NOVAH; As investigações psychologicas no individuo criminoso — FLAVIO R. DIAS; Traumatismos craneanos e rachidianos, seus reliquats e sua pericia — ALFREDO BRITTO; Alguns factores de accidentes do trabalho — AUGUSTO MATUCK.

Gazeta Clinica, XXXIV, 68-99, Março, 1936.

O café como hemostatico — ERVIN WOLFFENBUTTEL; A uréia no sangue e as azotemias — NICOLAU CIANCIO.

Hypocratéia, II, 408 - 444, Janeiro-Feveiro, 1936.

Sobre dois casos de vulvite aguda por associação fuso-espiral — SYLLA MATTOS e MIGUEL MUAD; Prophylaxia da criminalidade infantil — VICENTE BAPTISTA; Hygiene militar em campanha — CARLOS GAMA.

Novotherapia, XVI, 1-30, Março, 1936.

Crimes, peccados e endocrinologia — W. BERARDINELLI; O methodo "Bulgaro" no tratamento dos syndromos encephalitico-parkinsonianos — ERNESTO TRAMONTI; Um caso de cura de paralysis hysterica total, com cenesopathia, pela persuasão e suggestão — RALPH DO REGO MONTEIRO

Publicações Medicas, VII, 1-48, Março de 1936.

Doenças e doentes — ROCHA VAZ; Reacção cutanea local pela histamina na pelada — ALBERTO NUDEMBERG; Lues congenita dystrophica — AGUINALDO PEREIRA REGO; Doente com volumoso cysto do ovario e prolapso total do utero — operada com anestesia local — V. FELIX DE QUEIROZ; A "Infecção Focal" em Andrologia — JOSÉ ALBUQUERQUE.

Revista da Associação Paulista de Medicina, VIII, 1-68, Janeiro 1936.

A phrenicectomy no tratamento da tuberculose pulmonar do adulto — OCTAVIO NEBIAS e FLEURY DE OLIVEIRA; colpo-perineoplastia pelo methodo de FRAENCKEL; Algumas modificações da technica original — OLIVEIRA PIRAJÁ; Considerações a proposito de um caso de acromegalia com augmento do metabolismo de base — J. RIBEIRO DO VALLE.

Revista Brasileira de Leprologia, IV, 1-107, Março 1936.

Os oleos de chaulmoogra e sua preparação — HOWARD COLLE; Bacteriologia da lepra reaccion leprosa — JOSÉ M. M. FERNANDES; Algumas observações relativas ao prognostico da lepra com utilidade para a conducta do tratamento — RABELO JUNIOR; Lepra e traumatismo — ANTONIO ALEIXO.

Revista de Neurologia e Psychiatria de São Paulo, II, 1-101, Janeiro - Março, 1936.

Syndromo de automatismo mental de Clérambault — ANNIBAL SILVEIRA; Alterações graves da sensibilidade na esclerose lateral amyotrophica — E. VAMPRÉ e PAULINO LONGO; Um caso de agraphia de evolução, forma pura — DURVAL MARCONDES; O symbolo de Don Galaz — HILARIO VEIGA DE CARVALHO; O liquido cephalo-rachidiano na cysticercose do systema nervoso — OSWALDO LANGE; As psychoses de origem paludica — GUILHERMO URIBE CUALLA; A orientação

e selecção profissionais em São Paulo — E. DE AGUIAR WHITAKER; Alcoolismo. Estudo Medico-Social — OSORIO CESAR.

São Paulo Medico, IX, 167-257, Março 1936.

Contribuição ao estudo do poder Zymosthenico das aguas do Prata, de Lyndóia e Araxá — J. DUTRA DE OLIVEIRA; Diabetes insipidus — JOSÉ IGNACIO LOBO; Principios basicos da lysatotherapy — I. N. KAZAKOR; Hemorrhagias rebeldes e extractos parathyroides — AMERICO VALERIO.

Supplemento Medico da Folha da Manhã, I, 1 - 16, 18 Abril de 1936.

Molestias do aparelho digestivo — ERNESTO DE CAMPOS; Prophylaxia da lepra em São Paulo — ROSALVO DE SALLES; O pó das habitações como causa da asthma — CYRO DE OLIVEIRA ARRUDA; Sobre um caso de soluço rebelde jugulado pela pilocarpina — LUIZ VAZ; A enxaqueca — WALDEMAR SALLES; Tuberculose infantil — ARNALDO GODOY; Pathogenia das verminoses

na infancia — HAMLETO CAPRIGLIONE.

1 - 16, 25 Abril 1936.

Considerações geraes sobre os varios signaes de morte — GOMES CARDIM; Molestias do aparelho digestivo — ERNESTO DE CAMPOS; Da vierina no impudismo — LUIZ VAZ; O material dos travesseiros como causa da asthma — CYRO DE OLIVEIRA ARRUDA; Os males da prisão do ventre — ADOLPHO FLAKS; Bronchite hemorrhagica de Castellani — HAMLETO CAPRIGLIONE; Cardapio da creança — LUIZ SPLENDORE; Materia medica vegetal — MARIO FALLEIROS; Critica dos methodos de exploração renal — GUERREIRO DE FARIA; Os cardiacos em S. Paulo e em Santos — UZEDA MOREIRA.

1 - 16, 2 Maio, 1936.

Breves considerações e estudo sobre o "Eupatorium Dendroides" — LUIZ VAZ; Anesthesia local nas appendicectomias — V. FELIX DE QUEIROZ; Transusão de sangue e exsanguinação — WALDEMAR SALLES; As causas da asthma (III) — ARAUJO CINTRA.

ASSUMPTOS DE ACTUALIDADE

Acção da Difenolformina

Observação. — Margarida L. M., senhora casada, com a idade de 24 annos. Procurou-me afim de ser operada: laparotomia.

Foi internada em um dos hospitaes de S. Paulo, sendo seu medico operador o Dr. Azeredo coadjuvado pelo Snr. Dr. Silva Azevedo. Tempo de duração da intervenção: uma hora e vinte minutos. Intervenção realisada: laparotomia.

O periodo post-operatorio durou dez dias, sendo que dois dias apoz a intervenção appareceu uma subita febre 40 graus, acompanhada de dôres pelo abdómen e meteorismo intestinal e gastrico:

loquios de cheiro fetido, etc., etc. parecendo delinear-se o quadro da classica peritonite.

Foram ensaiados todos os medicamentos que normalmente usamos para esses casos, taes como sejam o Trauber com insulina, sôro, proteinothérapie, com os cardiacos seguintes: digifolina, cardiacol, oleo canforado, etc..

Como a doente não mostrasse melhoras resolvemos tornar a abrir a cavidade peritonial afim de irrigal-a com o sôro physiologico bem quente. Porém, por indicação de um dos medicos presentes resolvemos fazer uso, como ultima experiencia, do preparado

Zambeletti Difenolformina, caso falhasse esse ultimo medicamento, levariamos ao fim o que premeditavamos.

Applicaram-se quatro ampollas, duas no primeiro dia e duas outras nos dois dias seguintes; constata-

mos que, logo apoz, a febre e os symptomas geraes se atenuavam progressivamente para desaparecerem totalmente no fim de cinco dias, voltando a doente a se sentir como se a operação se tivesse processado sem o minimo incidente. — Dr. Horacio Azeredo.

VIDA MEDICA PAULISTA

Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo

Homenagem ao Prof. A. C. Pacheco e Silva — Realizou-se no dia 19 de abril ultimo, no "salão vermelho" do Hotel Esplanada, o banquete offerecido por amigos, admiradores e collegas do professor dr. Antonio Carlos Pacheco e Silva, por motivo de seu brilhante concurso realizado na Faculdade de Medicina, para a cadeira de Psychiatria.

Aquella hora o salão do Hotel Esplanada apresentava um bellissimo aspecto, vendo-se innumeras senhoras de nossa melhor sociedade, professores de nossa Faculdade de Medicina, membros do governo, amigos e admiradores daquelle districto cathedratico. A mesa, em dois corpos, apresentava-se lindamente ornamentada com flores naturaes.

Logo após a chegada do professor Pacheco e Silva, teve inicio o banquete, que decorreu em meio de grande alegria e cordialidade. Durante o mesmo, foram lidos varios telegrammas de amigos que não puderam comparecer pessoalmente á homenagem.

Ao champanha, falaram diversos oradores, que enaltecera a pessoa do dr. Pacheco e Silva. Entre esses, o prof. Rau Briquet pronunciou o seguinte discurso:

"Meu caro professor Pacheco e Silva.

Ao acceitar o honroso convite para saudal-o, em nome dos ami-

gos, collegas e admiradores, nesta homenagem ao seu passado, aos seus dotes de coração, e ao seu talento, foi o nosso pensamento trazer ao companheiro de uma longa viagem, o preito de nossa estima e admiração.

Com effeito, pudemos, então, apreciar-lhe o mérito, o valor, o caracter, a cortezia constante, o equilibrio do espirito, o desejo insaciavel de conhecer, e a sua figura de homem de bem jamais se deliu da nossa memoria.

Lembra-nos o exito das suas communicações ás sociedades medicas dos Estados Unidos e Pariz, sobre a cysticercose cerebral e sobre a pesquisa do treponema do pálio cerebral de paralyticos geraes, estados pathologicos dos quaes possuia vasto conhecimento e documentação anatomo-pathologica grande e original.

Depois, rumos novos, actividades divergentes privaram-nos de maior convívio, para agora de novo, vimos aqui, compartilhar do seu jubilo, e festejar o seu triumpho na conquista e posse do cargo maximo que se confere ao medico e professor.

Ao contemplar-se esta companhia magnifica, onde scintila a graça feminina e comparece fulgida a expressão social de São Paulo, vê-se bem que sobre consagrar tambem o homem publico e de acção, o consolidador da moderna assistencia a psychopathas,

o representante de S. Paulo na constituinte federal e estadual, o cidadão que se interessa pela vida politica do paiz, e está ao par dos aspectos culturais da nossa civilização.

Para perpetuar o seu nome de organisador, ostenta-se grandioso o hospital do Juquery, cuja direcção assumiu por escolha espontanea de Franco da Rocha. Dele recebeu o facho de luz, que reverbera um passado de 30 annos, conservou-o rutilo, reinflamado na chamma da sua mocidade, dilatando o sonho do seu grande antecessor. E' que comprehendeu o quanto significa substituir o mestre sábio, bom e devotado.

Em verdade, a medicina paulista pode ser symbolisada por uma pyramide quadrangular, em cujas faces se inscrevem os nomes de Pereira Barreto. Emilio Ribas, Arnaldo Vieira de Carvalho e Franco da Rocha.

Foi no Juquery que o professor Pacheco e Silva fez escola, pelo exemplo no estudo e pela systematica observação dos seus doentes.

Mas não ficou nisso a sua obra constructiva. Na direcção geral da Assistencia a Psicopathas, evidenciou a significação social da psiquiatria, e conseguiu interessar no seu engrandecimento a magistratura e os homens de governo, erigindo-se, assim, em 1935, esse padrão da nossa cultura penal, que é o "Manicomio Judiciario".

Há, porém, outra obra que merece especial destaque. E' o impulso que deu á Hygiene Mental. Em um Estado como o nosso, onde a luta pela vida é intensa, e a população cresce rapidamente, as desordens psychicas, motivadas pela inadaptação ao meio, em constante transformação. Como é bella, portanto, a missão de diffundir os preceitos da hygiene mental, fazendo sentir ao individuo quanto precisa de vigilancia para consigo proprio, se quizer manter o equilibrio entre as solicitações subjectivas e as realidades objectivas.

Depois, caro amigo, foi a sua actuação em 1932, no M. M. D.

C., empolgado no desagravo historico da soberania de São Paulo. Coube-lhe servir a nossa terra nessa phase épica de provações. E, no seu peito, como, no de cada voluntario de 1932, vibravam o caracter, a tradição, o pensamento e a virtude dos paulistas.

Na Constituinte, particularisouse o seu trabalho na defesa de medidas medico-sociaes, cujos pormenores reuniu em volume, "Direito da Saude", medidas que se consubstanciavam na obrigatoriedade da educação eugenica, na divulgação da hygiene mental, e na campanha contra os toxicos sociaes.

Rege o illustre confrade, na Escola de Sociologia, a cadeira de Serviços Sociaes, que requer, acima de tudo, uma sensibilidade afinada, que a tem o seu coração de medico, intelligente e observador.

Outro traço da sua personalidade é o pendor para os varios aspectos da cultura humana. Diriamos até a sua capacidade de apprehensão global revela a sua formação philosophica. E' que na adolescencia, disciplinou-lhe o espirito a doutrina positivista, cujos principios recebeu do seu eminente padrinho, o fallecido ministro Gabriel Toledo Piza e Almeida. Foi com elle que aprendeu a correlatar os phenomenos a campos mais dilatados, e a apreciar-os em perspectivas mais largas, procurando no conteúdo de certeza, que caracteriza a sciencia positiva, o seu grau de previsibilidade. Para tanto, é preciso, todavia, que se colloque o sentimento bem alto, em relevo, na culminancia, como condição e ambiente da logica e da razão.

Era aquella voz amiga, que lhe repetia as formulas de veneração e de verdade: "os vivos são cada vez mais governados pelos mortos"; a synthese e a sympathia concorrem para formar e regular a synergia". Com essas formulas, inscriptas na sua alma, plasmaram-se o seu coração e o seu espirito. E, como é notavel, senhor professor Pacheco e Silva, a força esculptoria dellas, que nos dá um

modo e feito de considerar os homens e as coisas, dentro da relatividade absoluta e do determinismo indeclinavel.

Apreciando-se por esse criterio, talvez pudessemos salientar, na sua vultosa obra, os trabalhos: "A Philosophia Medica de Pinel"; "Novas Directrizes da Psychiatria" e "Iniciação Medica", que exhibem a visão de conjunto, onde versou as relações da philosophia com a medicina.

Para ajuisar-se do seu merito scientifico, basta percorrer o memorial de concurso, onde se mencionam 18 theses elaboradas sob a sua orientação, e mais de 60 trabalhos, para evidenciar-se quanto a sua vida, em plena ascensão, já arboreceu e frutificou.

Quem não guarda, meus senhores, a excellente impressão da sua recentissima prova de concurso, onde demonstrou optimas qualidades didacticas: dicção perfeita, phrase correcta e elegante, a "successão caleidoscópica dos quadros clinicos" na imagem de Almeida Prado, enfim, uma prova para professores, prova de experiencia medica e prova de exposição magistral.

Por tudo isso, pelo muito que já fez, e, sobretudo, pelo que a sua individualidade significa para a Faculdade de Medicina, para a nossa classe e para a sociedade paulista em geral, aqui vimos trazer-lhe as palmas de triumphador.

Possam os seus futuros esforços se projectar em radiosa realidade, para maior gloria da medicina e de S. Paulo.

A finalidade da psychiatria excede a de qualquer outro ramo da medicina, porque ella se occupa, não da vida corporal, senão da vida espiritual.

E' a psychiatria, conjugada á psychologia e á psychanalyse, que há-de descobrir o funcionamento integral do cerebro, há-de lhe desvendar os ultimos mysterios do dynamismo, e há-de apparellhar esse instrumento maravilhoso para a conquista e dominio do Bem e do Bello, que é o mesmo que a

Verdade — estrella polar dos homens de sentimento e acção".

Após o discurso do prof. Raul Briquet, fizeram uso da palavra os srs. Orlando de Campos, orador official do Centro Academico "Oswaldo Cruz" e Raul Chammás, do Centro Academico "Pereira Barreto".

Por fim, o prof. Antonio Carlos Pacheco e Silva agradeceu a homenagem que recebia de seus amigos, com o seguinte discurso:

"Cercado por esta pleiade de amigos dedicados e por tantos collegas generosos, que entenderam merecer eu tão significativa homenagem por haver conquistado a cathedra de Psychiatria da nossa Faculdade de Medicina, devo confessar que me sinto fartamente recompensado das cancelas e das vigílias exigidas dos que se abalançam ás rudes provas de um concurso.

Destacastes, meus caros amigos, para dizer dos vossos sentimentos, o meu prezadissimo confrade o insigne prof. Raul Briquet, que com igual maestria maneja o forceps e a pena, cuja ansia de saber, repassado de fino espirito philosophico, tem-no levado a abordar os mais variados themas scientificos, com a erudição que todos lhe reconhecemos. Deixo a todos, aqui expresso o meu grande reconhecimento por estas provas de sympathia e de estima, que muito me sensibilisam, como estou, tambem, gratissimo ao vosso orador, pelo bem que de mim disse e pela prodigalidade com que enalteceu os meus poucos meritos.

Não faltou, tambem, a voz da mocidade, que prezo ao extremo, porque reconheço nella a expressão da sinceridade, da pureza dos sentimentos que se exteriorisam sem se ater aos moldes das convenções humanas, que a experiencia dos annos vae impondo. As palavras cheias de calor dos jovens oradores do "Centro Oswaldo Cruz", e do Centro "Pereira Barreto" calaram fundo em meu espirito; guardarei, perenemente agradecido, a lembrança da forma carinhosa

pela qual a classe estudantina também acolheu o meu ingresso definitivo no magisterio medico.

As manifestações de que tenho sido alvo pelo concurso recém-realizado tornam ainda mais ingente a tarefa que me cabe, cheia de responsabilidades, como é a de um professor da Faculdade de Medicina de S. Paulo, que disputa hoje a primazia no ensino medico do paiz, dizia-me em saudação, ha poucos dias, o meu querido mestre Afranio Peixoto, em almoço intimo offerecido por amigos do Rio de Janeiro.

Integrado, agora como nunca, com todos os sacramentos, nas minhas actividades medicas, da qual, verdade é, nunca me afastei, mas a que trabalhos de duas Constituintes furtaram-me muitas horas de labor, estou muito á vontade para dizer que me não arrependo da incursão que as contingencias me levaram a fazer no campo politico, onde muito tive que aprender, embora se me tenha firmado a convicção de ser difficil, senão impossivel, a um medico votado ao professorado ou a um clinico militante, conciliar actividades tão dispares e tão absorventes.

Dou, assim, razão aos amigos ciosos que me advertiam da se-reia perigosa, da qual poucos logram desvencilhar-se, depois de se terem deixado embalar nos seus braços tentadores. Escapei, felizmente, illeso e posso, agora, qual o heroe da fabula, dizer as minhas impressões, uma vez que dei publica e cabal demonstração de não haver trocado por novos amores a minha antiga e ardente paixão pela medicina, como alardeavam as más linguas.

Sou hoje daquelles que se não impressionam com a chamada plethora medica, tantos são os postos em que me afiguram necessarios, nas assembléas politicas e na publica administração, os homens dotados de solidas bases biologicas. Ha, presentemente, um sem numero de questões sociaes, de assistencia, pedagogicas e medico-legaes, cuja solução exige apurada cultura medica, que só

a por uma faculdade superior permite auferir, diz com justa razão, um bello espirito gualéz, o prof. Chavigny, no seu ultimo e excellentes livro "O medico como chefe e como organisador".

Queixam-se os medicos, e com razão, do mallogrado das tentativas que fazem com o objectivo de beneficiar a saude da raça e de melhor dotar os nossos serviços hospitalares. Mas os votos nas assembléas se contam pelo numero e enquanto andarem os medicos em minoria, certamente não prevalecerão os seus principios, nem medrarão as suas idéas. Seria de se desejar, assim, que muitos dos que se diplomam em medicina empregassem o seu tempo não só no campo clinico, como derivando suas actividades para outros misteres em que se exijam conhecimentos especializados.

Não poderão ser inquinados os que se dedicarem ás questões paramedicas de "Evadidos da Medicina", de que nos fala Cabanés, pois que serão obreiros efficientes, afeitos ás sciencias positivas e com a visão segura dos factos, que só os fundamentos biológicos conferem. Richet falava na necessidade de uma união sagrada contra a infelicidade humana, isto é, contra as doenças, e esta união sagrada se deveria fazer entre a sciencia, a medicina e a politica. Não estou a dizer uma novidade, bem o sei, pois que F. Trisca, falando dos medicos sociólogos e homens de Estado, se refere á influencia exercida por aquelles, já na mais remota antiguidade, sobre a evolução do genero humano, lembrando exemplos como os de Esculapio, Asclepiades, Epiménides e do proprio Hipocrates que, fóra da sua profissão, encontrava meios de se dedicar á logica, á philosophia, á geometria, á astronomia e até a eloquencia.

Não deverá, assim, o medico se considerar diminuido, nem poderá ser acimado de desertor da profissão, se as circunstancias o levarem a se consagrar a outros misteres alheios á clinica, embora seja verdade existir manifesta idiosyncracia entre a poli-

tica activa e o exercicio da medicina. Eis o que a experiencia me ensinou, e della espero tirar os melhores proveitos, afastando, desse modo, os receios manifestados pelo meu querido amigo, prof. Almeida Prado.

Busco sempre, meus caros amigos, applicar as leis biológicas a todos os factos que me rodeiam. Recordo, assim, neste momento, aquella lei de physiologia. — A reacção deve ser sempre proporcional á acção... Vejo entretanto, nesta festa, ter sido aquella lei transgredida. Se de minha parte algum esforço houve, se tive ani-

mo e forças para levar a bom termo as minhas aspirações, a reacção em vós despertada e a forma pela qual deliberastes premiar a minha entrada definitiva para o magisterio foi extremada.

Tanta benevolencia me obrigará a empenhar os meus mais dedicados e incessantes cuidados no exercicio desse magisterio, na cathedra que occupo, para, senão corresponder á vossa expectativa, pelo menos continuar merecendo a vossa estima e a ser digno do vosso apreço, collaborando no trabalho nobilitante de instruir novas gerações medicas da minha grande e amada terra.

Santa Casa de Misericordia de S. Paulo

Relatorio de 1934. — Num volume de 340 paginas, rico de mappas e graphicos explicativos, acaba de ser publicado o relatorio da Irmandade da Santa Casa de Misericordia de São Paulo, relativo ao nno de 1934, e apresentado á Mesa Conjunta, no anno passado, pelo irmão provedor, dr. Antonio de Padua Salles.

No tocante ao movimento financeiro desse anno, verifica-se o seguinte: que a receita ordinaria arrecada attingiu a 5.521:640\$616 e a extraordinaria a 1.275:880\$904, dando um total de 6.797:521\$520; a despesa ordinaria elevou-se a 5.261:514\$007 e a extraordinaria 751:788\$770 que, confrontada com a receita, produziu um saldo de 784:218\$743, que foi levado á conta do Patrimonio, o que demonstra que, a despeito das ampliações feitas nos estabelecimentos hospitalares, a despesa não soffreu maiores elevações, permitindo a administração fazer melhoramentos não só nas enfermarias como nos quartos particulares, tornando-os mais confortaveis e mais uteis aos doentes.

O patrimonio da Santa Casa nesse anno era de 44.259:149\$955.

Os donativos elevaram-se em 1934 a 1.126:587\$900.

Cerca de 300 medicos compunham o quadro dos especialistas que prestaram serviço á Santa Casa de Misericordia.

Entraram no hospital durante o anno de 1934, 15.553 enfermos; com 1.217 existentes em 1.º de Janeiro, ficou esse numero elevado a 16.770, com uma media diaria de 1.277, existindo em 31 de Dezembro 1.213 internados. Tiveram alta e retiraram-se do hospital, 14.204 doentes, e falleceram 1.353, sendo que, destes, entraram 334 moribundos e 144 tuberculosos. A porcentagem da mortalidade no total é de 8,06% e abatendo-se os moribundos e tuberculosos, eleva-se a 5,22%.

O movimento de doentes nesse anno foi de 15.553, de accordo com as seguintes requisições: Policia da capital, 3.601, policia do interior 852. Provedoria e Mesarios, 17, Mordomia do hospital 151, director clinico 2.072, irman superiora, 112. Assistencia Policial 2.330, medicos diversos 4.245 com guias da Policia Central 1.741, com guia da Assistencia Policial 325 e com guias diversas 107.

As nacionalidades do maior numero de enfermos, são as seguintes: Brasileiros 10.659, italianos 1.483, portuguezes 1.013, hespa-

nhoes 861, húngaros 121, rumenos 95, yugo-slavos 99, lithuanos 254, japonezes 184, allemães 228, syrios 97, austriacos 74, polonezes 88, russos 94 e numeros menores de outras nacionalidades.

Todas ou quasi todas as nossas cidades estão ahi representadas, sendo as maiores contribuições de Santos com 305 enfermos e de Araçatuba com 282. O mesmo acontece com os demais Estados do Brasil, com uma contribuição de 279 enfermos.

Os doentes de ancylostomose que passaram pela Santa Casa em 1934 procediam das seguintes localidades :

Agudos 2, Atibaia 3, Alto Cafezal 2, Alto da Serra 1, Araçatuba 4, Bauru 1, Biriguy 1, Botucatu 2, Bragança 5, Campinas 3, Cayeiras 4, Collina 2, Faxina 1, Guararema 2, Guarulhos 3, Itatiba 4, Itapira 6, Jacarehy 3, Limeira 3, Lins 2, Mogy das Cruzes 4, Mogy Mirim 1, Marília 3, Ourinhos 2, Parahyba 3, Paraguassu 4, Penapolis 1, Presidente Alves 4, Presidente Prudente 5, Presidente Penna 3, Quatá 1, Ribeirão Preto 2, Santa Isabel 4, Santa Rita 1, Santo Amaro 3, Santo Anastacio 2, Santos 4, São Bernardo 4, São Caetano 5, São José dos Campos 3, São Manuel 1, São

Paulo 32, Serra Negra 2, Tietê 4, Vargem Grande 1, Total 153.

As maiores realizações da Santa Casa de Misericórdia, no anno de 1934, foi a inauguração da Secção Masculina Oscar Pinto de Araujo Cintra, do bloco cirurgico Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho, em Junho daquelle anno.

O presente relatorio apparece-nos illustrado com diversas photographias que, a par do interesse momentaneo de solennidades e inaugurações, fixam para sempre figuras do nosso meio social que tiveram elevado papel naquelle anno e nos que o antecederam.

Nomeações de medicos. —

Foram nomeados, por proposta do irmão director clinico, para os cargos de medicos adjuntos do Hospital Central, os seguintes adjuntos voluntarios : drs. Henrique Sam Mindlin e Sylvio Dante Bertachi, para a 3.ª Clinica Medica de Mulheres; João da Fonseca Bicudo Junior, para o Ambulatorio de Dermatologia e Syphiligraphia; Christiano de Souza e Claudino do Amaral, para a 2.ª Clinica Cirurgica de Homens; Frederico Ferrigno e Felix Poli, para o Ambulatorio de Cirurgia de Homens.

Centro Academico Oswaldo Cruz

Posse da nova directoria. — Realizou-se, no dia 16 de abril p.p. a tomada de posse da nova directoria do Departamento Scientifico do C. A. O. C. composta dos seguintes srs. :

Presidente, doutorando José de Moraes Netto; 1.º secretario, doutorando Lucinio Dutra e secretario geral, doutorando Jorge dos Santos.

Homenagem á memoria de Oswaldo Cruz. — O Centro Academico "Oswaldo Cruz", em sessão solenne, na Faculdade de Medicina de São Paulo, glorificou

mais uma vez a memoria do grande sabio brasileiro Oswaldo Cruz, personificado, na figura sympathica de sua viuva d. Emilia Fonseca Cruz, que veio especialmente a São Paulo acompanhada de sua filha, senhora Emilia Fonseca Vidal e seu genro, sr. Joaquim Vidal

Essa solennidade foi abrilhantada com a presença de muitos professores entre os quaes os srs.: professores dr. João de Aguiar Pupo, director da Faculdade; Franklin de Moura Campos, Geraldo Paula Souza e Raul Briquet; drs. Borges Vieira, director geral do Serviço Sanitario, representante do sr. governador

e secretarios de Estado; João Aloes Meira em nome dos antigos alumnos da Faculdade de Medicina, professor Colombo de Almeida, em nome do Gymnasio "Oswaldo Cruz", e sr. Licinio Dutra pelo directorio Central dos Estudantes da Universidade de São Paulo.

Presidiu a sessão o professor Aguiar Pupo, lembrando os grandes beneficios que trouxe para o Brasil a acção benefica de Oswaldo Cruz, contra o combate á febre amarella e com a fundação de Manguinhos.

Falaram em seguida os srs.: dr. João Alves Meira, insistindo tambem em mostrar quanto o Brasil cresceu no conceito dos paizes civilizados depois da obra realizada pelo seu grande filho.

O dr. Licinio Dutra lembrou que fôra Rodrigues Alves o primeiro a reconhecer as qualidades de Oswaldo Cruz, dando-lhe a chefia da campanha contra a febre amarella, quando elle tinha apenas 29 annos de idade.

O sr. Roberto Brandi fez, em nome do C. A. O. C. um brilhante discurso, lembrando a vida de Oswaldo Cruz e dizendo que os alumnos da nossa Faculdade se orgulham de ter escolhido como patrono aquelle que soube favorecer os necessitados e lutar contra os que injustamente o atacaram, para, um dia, como provava aquella solennidade, sahir victorioso.

Finalizando, usou da palavra o professor Colombo de Almeida, em nome dos Alumnos do Gymnasio "Oswaldo Cruz".

FERROZYMA

Como tratamento complementar da *anemia secundaria* ao paludismo e ás verminoses o **LABORATORIO GROSS** prepara FERROZYMA, o mais moderno e o mais completo medicamento antianemico, composto de ferro organico, cobre catalysador, arsenico e phosphato bicalcico, destinado a ser usado depois do tratamento pelos seus productos ZULQUINA e DIVERMIL.

DRAGEAS

GRANULADOS

PEPTALMINE

MAGNESIADA

CHOLAGOGO

PERTURBAÇÕES
HEPATO-BILIARES
COLITES

Fabricada no Brasil com licença especial e sob o controle do
LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA-Paris
Unica distribuidora para todo o Brasil
SOCIÉDÉ ENILA LTDA
174, Rua General Camargo — Caixa 184 — Rio
Correspondentes de JULIEN & ROUSSEAU — Paris

INSUFFICIENCIA
HEPÁTICA
ENXAQUÉCAS

PRODUCTOS "SILBE"

(DR. ERNEST SILTEN. - BERLIN NW7)

Leukotropin "Silbe" amps. de 5 e de 10 cc.

Actua contra a dor *mais rapidamente que a morphina*, sem as desvantagens desta, bastando poucas injeções para fazer regredir os processos inflammatorios e infecciosos.

As mais importantes indicações: Doenças rheumaticas, sinusites, eczema, encephalite lethargica etc.

Chinolysin "Silbe"

Preparado de quinina de concentração elevada, *indolor* pela addição de antipirina.

Indicações: pneumonia lobar, malaria, herpes zoster, tachicardia paroxistica, paresia intestinal post operatoria, inercia uterina, abortos febris.

Cx. com amps. de 2 cc.

Gluconato de Calcio a 20 % "Silbe"

De uso endovenoso e intramuscular, absolutamente indolor. Da-se preferencia á injeção intramuscular com a qual o nivel calcareo do sangue conserva-se muitas horas seguidas.

Indicações: Inflammções no tracto respiratorio, gastro-intestinal, e uro-genital, dermatites, hemorrhagias, estados allergicos etc.

Caixas com 5 amps. de 5 cc.

REMEDIA

Paulino Ambrogi & Cia. Ltda.

CAIXA POSTAL, 3127 - TELEPHONE, 2-8004
SÃO PAULO

